

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0623/0439

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/06/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramegowda H.R.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72 yrs

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

S/o Rangegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 55/3, Balappa Layout, Near Impurast-

-wasi temple, Viratanagar, Bangalore District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

pre op post op
0439 Ramegowda H.R.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं का पता संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नित करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	Gowamma	58 yrs	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - PCTOL LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	DBCS	2.000/-

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- AGREEMENT by APPLICANT (SHOW SIGNATURE)

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार, हस्तक्षेप की ओर से सामान्यतः की "कॉलिंग ऑन स्टैंडबय" से विधिगत सहायता हेतु मिथ्याता की जाती है, जिसे हम (हमेशा) विधि प्रसार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संघों से उक्त ऐंग्रेजी/फारम में लेने या ले रहे हैं, जैसी कि हमने "कोशिका कार-डेन्टल" में सिफारिश/विनियमन उक्त को सम्बंध में "कोशिका कार-डेन्टल" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका कार-डेन्टल" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त ऐंग्रेजी/फारम हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉलिका पाउन्डेशन" से श्री। गं। महापात्रा संयोजित विविध प्रकृति की हैं। रोगी का हस्तगत द्वारा ही नहीं बल्कि या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुनाय रोगी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कॉलिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयास नहीं है। इसलिए हस्तगत में रोगी की इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्तगत को होती और "कॉलिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होती।

सभीकला के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Standing)

Mr. Lakshmi Prasad N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute or on behalf of Hospital)
(A unique stamp is required)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामो इमलाआ 2

10-02-2023