

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0449 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Gowdamma AGE-YEARS 62 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Kariyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Vithalpur, Haverkole Taluka, Tumkur District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Preop 0449 Post op Gowdamma

OCCUPATION : Coolie MARRIED (निर्वाहित) / UNMARRIED (अनिर्वाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. Blank ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
Yes / No Blank

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
<i>(This section is crossed out with a large diagonal line)</i>				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

<input type="checkbox"/> BPL Card	<input type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
-----------------------------------	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
<u>1</u>	<u>Diagnosis</u> <u>RE - Cataract</u> <u>LE - Cataract</u>
<u>2</u>	<u>Surgery</u> <u>LE - Cataract + IOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
<u>1</u>	<u>OTCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक: द्वा. कर्ता का)

- 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.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन" से लेता हूँ कि, उसका इस्तेमाल इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक: द्वा. कर्ता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 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.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक: द्वा. कर्ता) यहाँ पर "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" द्वारा सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक: द्वा. कर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार से प्रकाशित करने के लिए सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मीद की गई जानकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक: द्वा. कर्ता का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वा. कर्ता)

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश को ज्ञात है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट उपाय/प्रक्रिया हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्ताक्षर द्वा. कर्ता को सहायता के लिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने कर्तव्य को पूरी जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेसन की तारीख 3/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetic Eye Care (A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust) KMC Reg No - RT123	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Diabetic Eye Care Trust) # 15/1, Thimbar Road, ... Area
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2
	