

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: Blosa 24 10453 APPLICATION DATE: 22/5/24
 आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chowramma AGE-YEARS: 60 SEX: F
 आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Shikathamegowda
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Koppa Hobli Amlur Tal. Haliyavadi mandya Karnataka
 वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 11
 स्थायी आवासीय पता



one of Post-Op. CHS 3 Chowramma

OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
 व्यवसाय कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) हाँ / 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 संबंध
①	Shikathamegowda	44	M	husband
②	Harish	14	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) EWS Certificate (Attach Certificate Copy) Ration Card (Attach Copy) Any Other Bases/Proof

राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें। आय वर्ग के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)। (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)। अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached उपचार/दवाखुरा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	diagnosis RT cataract LT cataract Surgery: RT cataract

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 जी गई सहायता राशि
①	RBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कथना पर:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जात है तो मेरे सहायता निवेदन को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांगा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता हेतु यह प्रकरण को यदि मैं, उस राशि का अधिकतम या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोषक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथन)

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 fulfillment 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 प्रकरण पर अपने इच्छाशक्त या अंतर्गत को प्राप्त लानेका, मैं (आवेदक) अपने सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यासीयों, दान, सहायता/दानों उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रमोत करने के लिए उपयोग करे। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छाशक्त के पत्रों या पत्रों के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को सहायता का संगृहीत या निवेदन



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

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 अधिकृत, इच्छाशक्त की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकाश 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 उक्त रोगी/मामले में ली जा सके है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निवेदन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकतम/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो हस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल द्वितीय प्रदत्त उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही सलाह या किये गये उपचार/उपक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छाशक्त और अपने जाने की गती विमोचनी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का किये/उपरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

22/5/24

Dr. L. LAKSHMI PATHI
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इच्छाशक्त 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इच्छाशक्त 2