

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B1062310455

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

08/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

DEVE Gowda.K.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

78 yrs

M

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

S/o Karigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

T. Malligere, Kathathi Hobali, Thaggahalli,

Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Same as above -



preop postop
0455 Deve Gowda K

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध
1.	Raju	14 yrs	M	Son
2.	D. Prakash	41 yrs	M	Son
3.	Nagamani T.C.	28 yrs	F	Daughter-in-law
4.	Tanishka Gowda	04 yrs	F	Grand Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 यथार्थता के साथ यह निश्चित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी लगावला निगरानी को का सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से गवाहता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगा, जो मुझे सिर्फ़ उसी उद्देश्य के लिए दिया जाएगा, जिसके लिए मैंने इस प्रारूप में मदद मांगी थी।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं भविष्य में भी किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/बीमा कंपनी से न तो रकम प्राप्त करूँगी और न ही भविष्य में लूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 2/3 with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दार, कर्मचारी/दूसरी इच्छा से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न किसी भी प्रकार माध्यम से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रस्तुत है पूर्णतः सहायता का इशारा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेष्टक को इन्फ्लायर या डेप्ले का निगमन



AGREEMENT by HOSPITAL: [] PARTIAL [] FULL []

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

1.) यह कि न ही वहीमान और न ही सविध में विविध सहायता किसी रीर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत में उक्त रोगी-धामने में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेशन" में निष्कारित-विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा साहायत विधि अशिका-मकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अममालत किसी अन्य रीर साकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन में सहायता लेने का अधिकार सुनिहित रहता है। इस युधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अममालत द्वितीय पदर उक्त रोगी-धामने हेतु किसी रीर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेता-लेगी।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से जी गई सहायता कोसल किसिम प्रकृति को है। एंगी पर हमपास एंगी की गई अलसक पर किसे गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु एंगी एवं हमपास को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" एंगी किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमपास में एंगी को इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी एंगी एवं हमपास की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी हम पासने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Dr. & Rajni No. with Stamp
हस्तमार्ग से निदान (Handwritten)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 Mr. Lakshmiipathi N
 Manager Outreach
 Institute for Diabetes & Eye Care
 (A Unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
 108A, Thiruvananthapuram Road, New Town, Sri Lanka

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE :
जयसी वसन्तकर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2