

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0623/0458

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

09/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Shankarappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

58 yrs

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/o Late Sannakariyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

H.No. 24, Sathavalli A Post, Honnavalli

Hobli, Tiptur Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

- Same as above -



preop postop
0458 Shankarappa

OCCUPATION

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी मुद्रा संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	Omkamma	57 yrs	F	Wife
2.	S.S. Karina	31 yrs	M	Son
3.	S.S. Uma	28 yrs	F	Daughters

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 किसे लगे विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - 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 लिया गया हो?

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/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खत्म कर दिया जाएगा।
- 2) मैं इस आ सहायक निधि "कोशिका फाउंडेशन" से भी आ रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायक निधि का उपयोग करने का अधिकार किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करता)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

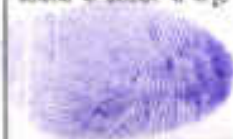
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest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

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ट्रस्टी, दान, वाचनाक एवं इलेक्ट्रॉनिक से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ट्रस्टी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक निधि उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य, सहायक निधि इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् ट्रस्टी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करता)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बंधित को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक निधि सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त उधार से प्राप्त न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक निधि किसी और सहायक निधि या किसी अन्य स्रोत से उधार लेनी/प्राप्त की जाये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायक निधि के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक निधि की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक निधि अधिकृत/सफल हो सके तो किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायक निधि या किसी अन्य सहायक निधि से सहायक निधि लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः सहायक निधि उधार लेनी/प्राप्त की जाये किसी और सहायक निधि या किसी अन्य सहायक निधि से नहीं लेनी/प्राप्त की जाये।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी/प्राप्त सहायक निधि वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायक निधि के बिना उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में मेरी या सहायक निधि सुरक्षित और अपने करने की सारी जिम्मेदारी मेरी या हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुनिक या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 29/06/2023	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Cataract & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. लक्ष्मी डोरनवार के संपर्क नं.	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute of Ophthalmology & Eye Care (Address of Hospital/Institution) # 15/34, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2