

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0466 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 3/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Muddagajigonda AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 74 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: sho mayanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Kalkere, Kodagihalli Kasaba hobli, Haverkere taluku Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
Same as above



Pre op post op
0466 Muddagajigonda

OCCUPATION / व्यवसाय: unemployed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / स्वयं छाना संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No / हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विहित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / एटीबी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिये मूखी संलग्न
1	Diagnosis: RE-Cataract, CE-Cataract
2	Surgery: LE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करने 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत गलत ज्ञात है तो यही सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने का यही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का अधिक या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रकरण पर अर्शिका या उसके को प्राप्त सहायता, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापकों' को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में दीया है, उसे "कॉशिका" द्वारा स्वामी, दाता, कार्यकर्ता या अन्य उद्देश्य से मुझे सूचितियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रस्तावित माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है: मेरी प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण को चलाने या बंद करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है उसे केवल: सहायता का इच्छा रखी बचता। इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा उसके 'व्यवस्थापकों' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका का हस्ताक्षर या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धी/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जहाँ तक कि हमें "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सके। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने "कॉशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सिफारिश हेतु सिफारिश की गई रोगी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर इलाज/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और जर्नल करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कॉशिका" को कोई भुवि/या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

(Signatures of Hospital and Applicant)

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Sree Eye Care (P) Ltd.) KMC Rd No - 81123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shree Sree Eye Care (P) Ltd.) # 15/M, Thimraigh Road, Mirzapur, Dist. Gorakhpur</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अर्शिका उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature of Trustee 1)</i></p>	<p><i>(Signature of Trustee 2)</i></p>