

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Pre op 0464 Post op Dasappa

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **N/0622/0467** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **3/06/22**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Dasappa** AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **80** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S-SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **S/o Thimmaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Mugalkau, Mysore Road Hobli, Turuvekere Taluk, Tumkur District Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Same as above**

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):  MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **---** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. / पैन संख्या: **---**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes / No** (आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं):  No

**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
/				

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable) **सहायता के लिये चिह्नित करना**

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैकड के नीचे 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"/> Retain Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:** **सहायता हेतु बिषय एवं चिकित्सीय उद्देश्य:**

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

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES** **इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता बिषय 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 राशि
1	DBCS	2,000/-

**DECLARATION by APPLICANT** (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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.
  - 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
  - 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य माना जाता है तो मेरी सहायता विवरण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को सहायता दान "कोशिका फाउंडेशन" से भी जानता हूँ, इसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से, जिसके लिए मैंने सहायता मांगी है, से कोई भी भुगतान नहीं किया है और नहीं भी करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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.
  - 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, कर्मचारियों द्वारा, उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में घोषित हैं जुड़े पता, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा इनकी गतिविधियों का विवरण प्रेषित और बाजारवादी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप



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

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:

- 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 any other 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.
- 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे द्वारा, हमारे अधिकृत अधिकारी के द्वारा, हमें सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकाश से प्राप्त न कर सकते हैं।

1) यह कि हमें वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं है, जैसे कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधि अस्वीकार/सफल हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा रहा है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना आवश्यक है। हस्पताल को सहायता का निर्णय लेना है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। हस्पताल में रोगी को उपचार मुफ्त और अन्य खर्च को सही निर्धारण रोगी एवं हस्पताल को होनी है। "कोशिका" को कोई भुगतान या निर्धारण हस्ताक्षर में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract &amp; Refractive Surgery Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of KMC, Mysore) KMC, Mysore 575 009</p>	<p>Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes &amp; Eye Care (A unit of KMC, Mysore) # 16/34, Thimmapathi Road, Mysore जिस पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
---	---	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** अंदरूनी उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: हस्ताक्षर 2</p>
	