

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य रक्षण)



APPLICATION No : N/0622/0469
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 3/06/22
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Nanjegowda
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 73
SEX : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Lakkappagowda
पिता/पत्नी का नाम :



Preop 0469 post op Nanjegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Chandru, travekese taluku tumkur district
वर्तमान आवासीय पता

Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. :
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे धारा में चिह्नित करें)

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 संबंध
1	Dare Gowda	33	M	Son
2	Hemra Gowda	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अथवा

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract UR-Cataract
2	Stingy RE-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 ली गई सहायता राशि
1	O.B.S	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में नहीं, किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रीबाई मिले और न ही अधिक मिले।

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 it's 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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (अर्शिका) अर्शिका को यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित हैं, उसे "कॉशिका" द्वारा शब्दों, चित्र, प्रकाश/प्रकाशित रूपों, इलेक्ट्रॉनिक रूपों, प्रचार/प्रचार के माध्यम से धन जुटाने के लिए और/वास्तव में जानकारी को प्रसारित करने के लिए प्रेषित है। मेरी प्रार्थना का विवरण मेरी प्रार्थना के पूर्ण या आंशिक रूप से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण रूप से। सहायता का प्रदान नहीं करना; इस संबंध में "कॉशिका" द्वारा प्रेषित जानकारी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करना)

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.

इससे अधिकृत, हॉस्पिटल की ओर से प्रेषित/पेश की "कॉशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

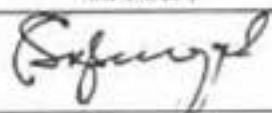
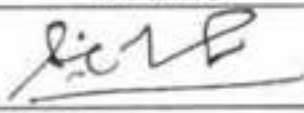
1) यह कि = तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रेषित है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रेषित/प्रदान की जाती है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हॉस्पिटल वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिए प्रेषित/पेश की रोगी/रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से नहीं प्राप्त/प्राप्त होगा।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा चयन की गई उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुझा और करने वाले की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/06/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shri Chandra Eye Care Trust) KMC Bag No. - 81124</p>	<p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shri Chandra Eye Care Trust) on behalf of Hospital) # 15/M, Thimmapur Road, Gurgaon, Haryana</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा करना)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> 	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> 
--	---