

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0622/0470 APPLICATION DATE: 3/06/22

NAME of APPLICANT: Habiah AGE-YEARS: 52 SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Halingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Atkalabanda, Gallalabatti, Dambasomballi, post
Kuswekere taluka Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above



Preop test of 0470 Habiah

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 32,000/- (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

FAMILY DETAILS

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Gaetha A.H	21	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other Basis/Proof
----------	-----------------	-------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बताना)

- 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 यहाँ बताना हूँ कि इस फॉर्म में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना जाय तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता माँग रहा हूँ "कोशिका फाउन्डेशन" से ही होनी है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक अवसर को नहीं है, उसे फिर से अर्जित करने के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बताना)

- 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.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बताने हैं, उसे "कोशिका" फंडम्पनी, या, कर्मचारियों द्वारा उत्पन्न या दुरुपयोगी उद्देश्यों और उद्देश्यों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है; मेरे द्वारा जो विवरण मैंने इसमें बताने का मत है उसे "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फंडम्पनी उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षर की ओर से हमारे-होस्पिटल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किये गए संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अधिकाधिकार हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम पुष्टि से स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमें सहायता हेतु प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना-लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता संस्था वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमें सहायता हेतु ही नहीं सहायता का निर्णय मेरी उपचार/चिकित्सा का चुनाव ही ही है हमें सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उद्देश्य का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमें सहायता में मेरी या हमें सहायता हेतु ही ही सहायता ही ही है और "कोशिका" को कोई प्रकृति या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Koshika Foundation)
KMC Reg No 4811223 व 4811224

Mr. Lakshminpathi N

Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Koshika Foundation)
18/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

3/06/22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बरी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बरी हस्ताक्षर 2