

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0471 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Hala Lingaraj AGE-YEARS : 66 SEX : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : AR Kalasandra, Gollabahatti, Dambalpanaballi post, Hanvekere taluku, Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Pre op post op 0471 Hala Lingaraj

OCCUPATION : Coolie MARRIED (विवर्धित) / UNMARRIED (अविवर्धित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)

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

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Yagish	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- 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 बताना चाहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना अथवा धारा कहा है तो मेरी सहायता मिलाने की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कॉशिका फाउंडेशन" से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो मिलाने की और न ही भविष्य में मिलाने की।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया):

- 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/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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग कर सकते हैं, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकते हैं और/या "कॉशिका फाउंडेशन" के बारे में जानकारी फैला सकते हैं। मेरे नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग करने से पहले या बाद में मेरे उपचार के पूर्ण होने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग करने से "कॉशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता देने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया):

- 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 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हमारे को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होने में नहीं है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय किया है। "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के बाद भी हमें "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिलेगी वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ पर स्पष्ट बताना चाहते हैं कि हमारे/हमारे द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिए हमें "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust) HNO, Ring Road, Bangalore	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name Designation & Stamp of Authorized Signatory) (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust) # 15M, Thimmaiah Road, Miller Tank Road Area
------------------------------------	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा किया गया)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2