

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No : N/0622/0473 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Thyaraaju AGE-YEARS आयु-वर्ष : 75 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : sp Puligelaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : puttamachalli swanekere taluk hunkur

District : Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Pre OP 0473 Post OP Thyaraaju

OCCUPATION : unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : ————— (Attach Proof of Income) (आप का वार्षिक आय)

PAN No. : —————

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / 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 सम्बन्ध
1	<u>Nagesh</u>	<u>35</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे करने की आवश्यकता का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<u>Diagnosis</u> <u>RE-Cataract</u> <u>LE-Cataract</u>
2	<u>Surgery</u> <u>LE-Cataract + PCOL.</u>

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	<u>SBCS</u>	<u>2,000/-</u>

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 हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस प्रकार की सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन" से भी प्राप्त होती है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस उद्देश्य के लिए, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, प्रकाशक द्वारा प्रसारित या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का विवरण जो इस प्रकार के प्रारूप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया गया है, उसे प्रसारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित हैं, स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं बनाते। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त 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.

हस्ताक्षर करके, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रस्ताव में मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संभव या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी अन्य स्रोत से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंशिक/पूर्णतः हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बताना है कि हमारा दायित्व प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज हम ही नहीं करता है किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा डॉक्टर का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा डॉक्टर को उचित सुझाव और अपने अपने को सही निर्णय लेनी एवं इलाज को सही और "कोशिका" को कोई भी सहायता या सिफारिश इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Sri Adarsha Eye Care Trust) KMC-2, 60 No. 8TH ST, ...	 Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Sri Adarsha Eye Care Trust) e-16/4, Thimmarasu Road, ...
--	---	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2