

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0623/0476

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

09/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Chandramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहस्र का नाम

w/o Shivanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Husulballe, Hannavalli Hobali, Tiptur Taluk,

Tumkur District, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

preop postop
0476 Chandramma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Makers

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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.	Shivanna H.C.	77yrs	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन 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 किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	DBCP	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महाभारत निधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से सही ज्ञात कर रहा हूँ, इसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि इस महाभारत निधि का उपयोग करने का अधिकार को प्राप्त है, इस राशि का अधिकार या वापस लेना किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में सकेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सहयोगी को सूचित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में अधिलेखित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, वाचना/चतुर्थी इत्यादि में मुझे प्रचारित/प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण को इसका उपयोग करने का अधिकार को प्रदान करता हूँ कि वे "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभारत निधि में प्रसारित है मुझे प्राप्त: महाभारत निधि द्वारा नहीं कराया जा सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं न्यासी न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

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

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महाभारत निधि सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महाभारत निधि नैतिक समझौते या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने का है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाभारत निधि वित्तिय/प्रक्रिया/प्रक्रिया में मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा कोई अन्य नैतिक समझौते या किसी अन्य सम्बंध से महाभारत निधि का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सूचित में स्पष्ट करा जाता है कि महाभारत निधि द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी नैतिक समझौते या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से न तो महाभारत निधि वित्तीय प्रक्रिया की है। रोगी का महाभारत निधि से न तो समझौते या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा समझौते का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा रोगी को इसका सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमारा को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तिथि 09/06/2023	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant, Plastic & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर का नाम व इलाका के साथ	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Blindness & Eye Care (Institute for Blindness & Eye Care Trusts) # 15/44, Trimmattam Road, Muller Tank Bed Area
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2