

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0476 APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Roju AGE-YEARS : 48 SEX : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Madiballi palys madiballi tumakuru taluku tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



Preop 0476 Postop Roju

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 परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Sudashan M.R	15	M	Son
2	Kiran M.R	12	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	Surgery RE-Cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वा. करण कर)

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता है तो मेरी सहायक प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी तरह से भुगतान, पूर्ण या आंशिक, को नहीं करूँगा, जो मेरे लिए या मेरे परिवार के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त किया है जो मैं इस सहायक के लिए कर रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा. करण कर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके "ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में अधिकृत है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, मौखिक/प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य माध्यमों से सहायक के लिए या कोशिका फाउंडेशन के लिए जानकारी के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मांगी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों में प्रसारित हैं, उनसे स्वतंत्रता से सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थक द्वा. करण कर)

- 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.
 - हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से अनुमोदित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 - 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किराने प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक किसी अतिरिक्त/दुपल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सहायक संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बताना जाता है कि हमारा सिफारिश करने वाले सहायक कोशिका फाउंडेशन के लिए सहायक प्रदान करने या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायक प्राप्त किया जा रहा है। हमारे पर हस्पताल द्वारा ही मांग किया जा रहे है। हमारे द्वारा ही सहायक प्रदान करने का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा ही निर्णय है कि सहायक प्रदान करने की सारी जिम्मेदारी हमारे ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए अनुमोदित

<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 Shradha Eye Care Trust) KMC Road No. 3, 1123</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name of Authorised Signatory (A unit of Shradha Eye Care Trust) # 16/M, Thinnai Road, Millers Road Area</p>
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थक द्वा. करण कर)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	