

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : N/0622/0478 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 3/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : Kariyappa AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 66 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : S/o Chikkegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Toramanaballi Tavarekere, Tavarekeretalku
Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : Same as above



pic of post op
0478 Kariyappa

OCCUPATION / व्यवसाय : Coolie MARKED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / आय का सत्यापन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का सत्यापन कर (जे. एन. टी. एस. टी.) का निवेदन करते हैं? 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 / संबंधित के साथ संबंध
1	<u>Manguntha T.K</u>	<u>33</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि अथवा

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof (अन्य कोई साक्ष्य)
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये बिमारी का उद्देश्य:

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

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

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

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान)

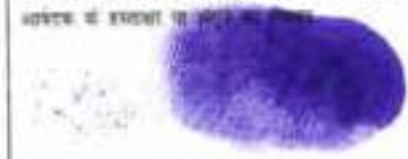
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बयान करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मेद करने की पूर्णतः ही निम्न उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बयान किया है।
- 3) मैं यहाँ बयान करता हूँ कि मैं अब भविष्य में भी, या पूर्णतः ही नहीं, उक्त राशि का अंशिक या पूर्णतः किन्हीं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बयान)

- 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो एवं "उद्देश्य" के अधिकृत बयान करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में बयान है, उसे "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्टी, कार्यकर्ता, दूरदर्शन, रेडियो, पत्रिका, वेबसाइटों आदि द्वारा प्रसारित करने में इस्तेमाल किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन को इसका अधिकार है।
- 2) मैं (अर्शक) इस फॉर्म पर बयान करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दिये जा रहे हैं, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन, ट्रस्टी, कार्यकर्ता का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बयान)

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 ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न उद्देश्य के लिए स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में उक्त हॉस्पिटल से प्राप्त की जायेगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिले। उक्त सहायता के अभाव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलेगी। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलेगी तो हमें सहायता के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु हमें उक्त हॉस्पिटल से सहायता नहीं मिलेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जायेगी, वह केवल वित्तीय सहायता ही होगी। रोगी का इलाज हमारी ही जिम्मेदारी है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता के अभाव में रोगी को इलाज देना और खर्च करने की पूरी जिम्मेदारी हमारी ही होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती 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 Shreeganga Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shreeganga Eye Care Trust) # 15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक द्वारा बयान)

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