

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **N/0622/0479** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **3/08/22**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Chaluviah** AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **S/O Mudli gosaiah**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Kochbhaboli, gubbitaluku K Kallahalli**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Chavalepetaluku Tumkur district Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **Same as above**



pre op 0479 post op chaluviah

OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed** MARRIED / UNMARRIED: (विवाहित) / (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **—** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. / PAN संख्या: **—**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): 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 सम्बन्ध
1	Harsha	9	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी 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) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लाने किसी 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 + FCIOL

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 राशी
1	DSSS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना है)

- 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.
 - 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.
 - 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 दावा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर दावा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर दावा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में नहीं, उस मदद का प्रतिफल या वापस किया जाने वाला कोई भी/कुछ/पूर्ण/आंशिक/पूर्ण रूप से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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.
 - 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, वापस/वापस करने/उत्प्रेषण में पूरी तरीके/तरीकों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों द्वारा प्रसारित करके भी प्रयोग कर सकते हैं। मेरी प्रश्न का निराकरण को प्रश्न के उत्तर के बिना मेरे बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यमों में प्रसारित करने/उत्प्रेषण में अंतर्निहित है। प्रश्न सत्यता का प्रमाण नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

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:

- 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.
- 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 चर्चा/रिपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- जो कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि/अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में मदद कहा जाता है कि हस्पताल प्रमाणित प्रदान उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जा रहा है, तो भी हस्पताल द्वारा ही सत्यता को सुनिश्चित करने/उत्प्रेषण का पूर्ण रूप एवं हस्पताल को सही का निराकरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने को सही सिफारिशें रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुझाव या सिफारिशें प्रदान करने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<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. - 8/12/1</p>	<p>Mr. Lakshminpathi N Manager Outreach (A unit of Shradha Eye Care Trust) # 15/M, Thimmesah Road, Milkmaid Bus Stop Area</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका उपयोग हेतु)

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