

Thaggahalli



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन फार्म (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0481
 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 7/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Madegowda
 AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 64
 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: s/o Manideblegouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: #62, Kothalki Hobli, mandya To Thaggahalli mandya
 District: Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 28,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)



part part of 0481 Madegowda

VAN No. / वाहन संख्या: [Blank]

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): Yes / No No

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	Ganashree TJS	7	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के निम्ने विधि आधार

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

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

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुकी संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PRIC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

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

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही करना चाहूँगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीफंड लेऊँगा और न ही बीमा 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/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 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एवम् अन्य माध्यमों द्वारा, कथन/कथन द्वारा, प्रसारण से, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक और अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रारूप का विवरण को प्रकाशित करने का काम मैं करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से अपनी अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित हैं, मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

- 1) यह कि मैं न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिए या ले लूँगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय सहायता के उद्देश्य से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय/वित्तीय हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमारा विकल्प अन्य सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। हम यहाँ पुष्टि करते हैं कि अस्पताल वित्तीय मदद उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाएगी, उसे मैं अस्पताल द्वारा ही ले लूँगा या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेते हूँ। अस्पताल को सौंप दिया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई विकल्प नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज चुनाव और अपने काम की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं अस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सहोदरता के लिए अनुमति

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Balaram Hospital)
KMER Reg. No. 18993 ज. ए. ए. २

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
(Nominated Designated Signatory & Authorized Signatory
(A unit of Shree Balaram Hospital)
15M, Thiruvananthapuram Road, Muvattupuzha, Kerala - 686 011

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
7/6/22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2