

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : N/0622/0482

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 7/06/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Javare gowda

AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 73

SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : s/o Dax Gowda



Preop 0482 Postop Javare Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Kathathi Hobli mandya Tq, cheesankalli mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय : unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : /

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : --- (Attach Proof of Income) (आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. / सर्वोच्च खाता संख्या

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

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्रम संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक के साथ संबंध
1	<u>Saikantha J</u>	<u>27</u>	<u>M</u>	<u>Son</u>

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिये विन्दित आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवारी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किये गये विन्दित का उद्देश्य

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अभ्यास/दवाइयों से जारी की गई दवाइयों के सूची प्रमाण
1	<u>Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract</u>
2	<u>Surgery RE - Cataract + PCIAL</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 राशि
1	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्थक द्वा. पत्र)

- 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 कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं प्रकट करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - 2) मैं यहाँ पर सहायता के लिए "कॉशिका फाउंडेशन", से सौदा कर रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 - 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक उद्देश्य को नहीं है, इस उद्देश्य का उद्देश्य या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के माध्यम से नहीं लिया है और मैं इसे भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक द्वा. पत्र)

- 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/post-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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति के साथ कहता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके ज्यूरिस्ट्स" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कॉशिका" एवम् ज्यूरिस्ट्स, डॉ. चक्रवर्तुय दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का निराकरण या इसका पूरा करने के लिए या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से ज्यूरिस्ट्स अधिकृत हैं।
 - 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं पूर्ण रूप से, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् ज्यूरिस्ट्स ज्यूरिस्ट्स और चक्रवर्तुय दूरदर्शन।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा. पत्र)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सपोर्ट/रोगी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) फिर प्रश्न में मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मैंने वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए नहीं ली है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अस्वीकार/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष रूप से उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं ली/लेगी।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी तरह उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार के कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और जल्द करने को सही सिफारिशें रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कॉशिका" को कोई दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/6/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetic & Eye Care (A Unit of Shreebhair Eye Care Trust) KMC, Raipur - 491001	Mr. Lakshminpathi N Manager Outreach (Name of the Authorized Signatory (A unit of Shreebhair Eye Care Trust) # 15/M, Thimmariah Road, Miller Road Area
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
--	--