

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या: **B/0623/0484**

APPLICATION DATE आवेदन तिथि: **13/06/2023**

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम: **Shivanagamma**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **68 yrs** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम: **D/o Mallamma**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: **H.No. 2-2, Sampigeputa, Kallahalli, Chamrajnagar District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता: **- Same as above -**

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home-Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **18,000/-**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छुटा संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
 मैं आय कर का दाता हूँ (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं): 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.	Rathamma	49 yrs	F	Sister

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति 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) रूपांशुकार्ड 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 किये गये विनती 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 LE - cataract + PCIOL

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 लेई गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा पर):

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता कि "कोशिका फाउन्डेशन" से भी जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि इस सहायता से, या इसके बाद भी, मैं, इस रोग का उपचार या उपचार हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे नहीं लूंगा और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कर्त):

- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में मुझे संबंधित और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है; मेरे प्रश्न का निराकरण से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर्त):

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से व्यवस्थापकों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय स्वीकार/करना हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है; रोगी या रोगीयों द्वारा ही गई संस्था या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है; इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और जाने करने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>13/06/2023</p>	<p><i>Asst</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Name of Dr. & Reg. No. with Speciality हस्ताक्षर KNO No 90244</p>	<p><i>Lakshmi</i></p> <p>Mr. Lakshmi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute or Director of Hospital (A Unit of Koshika Foundation Trust.) # 10/14, Thirumala Road, Miller Tank Bed Area अनुमति उपस्थापक हेतु</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1</p> <p><i>Sufyan</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2</p> <p><i>Lakshmi</i></p>
--	---