

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. / आवेदन संख्या : **N/0622/0485**

APPLICATION DATE : / आवेदन तिथि : **11/06/22**

NAME of APPLICANT : / आवेदक का नाम : **Madegowda**

AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : **62**

SEX / लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : / पिता/पत्नी का नाम : **s/o Korigowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Kaitahi Hobli mandya Tq, mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : / स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pre op 0485 Post op Madegowda

OCCUPATION : / व्यवसाय : **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या

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

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	Shashikumal K.M	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनंति अन्त

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / सौकी रोजा के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय का 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 निम्न तथे विनंती 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 + 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 / ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका 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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत, नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 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 (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, इसे "कॉशिका" एनजीओ, दान, सहायता/सुझाव/उद्देश्य में सुटी पहिचानियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित हैं पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एनजीओ न्यायियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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 सहायता/उद्देश्य को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या ले ली है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उम्मीद की सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त/अस्वीकार/संभव हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उम्मीद/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ले ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ले ली गई सहायता का निर्णय न तो उपचार/उद्देश्य का चुनाव लेती एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी रोगी का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार/उद्देश्य और उसे करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>7/6/22</p>	<p>Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Sri Lanka Eye Services Trust) 15, M. Thirumala Road, Colombo 10, Sri Lanka</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory Institute for Diabetes & Eye Care Trust) (A Unit of Sri Lanka Eye Services Trust) # 15, M. Thirumala Road, Colombo 10, Sri Lanka</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका के उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 (न्यायी हस्ताक्षर 1)</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 (न्यायी हस्ताक्षर 2)</p>
	