

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B1062310487 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 13/06/2023

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Basammamma AGE-YEARS / आयु वर्ष: 80 yrs SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/ससुरा का नाम: w/o Nanjappa (late)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Kasaba Hobali, Veeranapura,
Chamrajnagara District, Karnataka.

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



OCCUPATION / व्यवसाय: Home-Makes MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) / (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / पैन आई खाना संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 मैं आय कर दाता हूँ (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ): 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.				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य 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 साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु किसे लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	<u>Diagnosits</u> <u>RE - Cataract</u> <u>LE - Cataract</u>
2.	<u>Surgery</u> <u>LE - Cataract + PCIOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी 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.	<u>DBCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेकक हूण घोषण करः)

- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कहने असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन" से स्वीकार करती हूँ, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
 - मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता को मैं घोषणा कर रही हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विस्थापित किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेकक हूण करतः)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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.
- इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शेकक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एचएम न्यासी, दान, धारण/प्रचार द्वारा उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए विभिन्न माध्यमों और इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति में इसका उपयोग करने या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
 - मैं (अर्शेकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकटित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एचएम न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शेकक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल हूण करतः)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से नामलेखनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रश्न में धारण व स्वीकार करते हैं।
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता बिना ही सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/समकाल हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इलेक्ट्रॉनिक मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय इच्छा को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और आगे जाने को जारी विनियमनी रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>13/06/2023</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. & Regd. No. with State डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute of Diabetes & Eye Care (A Unit of Shradha Eye Care Trust.)</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेकक हूण के लिए)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--