

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 0488 हेतु आवेदन संख्या : **N/0622/0488**

APPLICATION DATE : **7/6/22**
आवेदन तिथि

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

AGE-YEARS **67** AGE-वर्ष
SEX **F** लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : **w/o Javare Gowda**
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **Katibatta habli mandya Tal, Thaggaballi mandya**
वर्तमान निवासीय पता

District Kamataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **same as above**
स्थायी निवासीय पता



Dye of past o p 0488 Chikkakalamma

OCCUPATION : **coolie**
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

AN No. **सवाई खात संख्या**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का चिह्नन करें)

Yes / No
हां / 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
/				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेशा 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) उपभोग्यता 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 लिये गये विधि 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 + Princ

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 लिये गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्त तौर पर "कोशिका फाउंडेशन", से जो कर रहा हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस सहायता हेतु मैं अब तक किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/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.
- 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 (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्षों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एन.जी.ओ. द्वारा, वाचमन/चित्र/इलेक्ट्रॉनिक या जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोर्षों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है पूर्ण सत्य, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.जी.ओ. न्यायोर्षों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को सहायता या अंगूठे का छाप।



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हस्ताक्षर, हस्ताक्षर की ओर से प्रमाण/पत्रों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रश्न से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय/वित्तीय प्रकृति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिक्रमण हेतु पत्र नहीं दिया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य माध्यम से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो नई सहायता प्रकृति वित्तीय प्रकृति की है। सभी पर हस्पताल द्वारा ही नई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल को ही सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के प्रश्न सुरक्षित और अपने करने को सही जिम्मेदारी लेगी एवं हस्पताल को ही और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

7/8/22

Dr. Nagesh B N
 Consultant, Medical Superintendent,
 Cornea, Cataract & Refractive Surgery
 Institute for Diabetes & Eye Care
 (A Unit of Shree Ram Eye Hospital)
 RMC Road No. 41123

Mr. Lakshmi pathi N
 Manager Outreach
 (Nagesh B N Eye Centre & Eye Care)
 (A Unit of Shree Ram Eye Hospital)
 # 18/M, Thimmaroad, Mitter Tank, Bnd Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोर्ष द्वारा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोर्ष द्वारा 2