

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **N/0622/0491**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **7/06/22**

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **70** SEX लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम: **w/o Siddappa**



DxOP postOP 0491 Shivsojamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: **367 Haluride gamma Thaggaballi post Kolthahatti**

Hobli, Thaggaballi mandya district Karnataka

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

OCCUPATION: व्यवसाय: **Home maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **—————**

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

VAN No. सर्वेक्षण संख्या: **—————**

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

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	Shivamma	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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"/> Rajan Card (Attach Copy) राजपंसा 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 किए गए विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE-Cataract, LE-Cataract
2	Surgery: RE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता जारी
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा करना)

- 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 यथासंभव सत्य है कि इस प्रकरण में दिए गए 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 सख्त तौर पर "कॉशिका फाउंडेशन", से सौ या नहीं है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु पर उल्लेख की गई है, उक्त धरित का अधिकतम या अधिकतम किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करना)

- 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठों का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को सौंपकर देता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में सौंपा है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, राज, कर्मचारीयों द्वारा उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन हेतु प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में सहायता के लिए मेरी जानकारी को पुष्टि करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से न्यासी सौंपकर देता हूँ।
 - 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से सौंपा है, उसे सहायता के उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन हेतु प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रकरण में "कॉशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुठों का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करना)

- 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.
- इससे अधिकतम, हस्ताक्षर की ओर से सौंपकर देना "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रकरण से प्राप्त व सौंपकर देना है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सहायता में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सहायता हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेना।
 - 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से सौंपकर देना सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा सौंपकर देना किसे एवं उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख 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 Care Society) KMC Reg No 289923 और ९</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Authorised Signatory (Name, Designation & Signature of Authorised Signatory Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Sri Lanka Eye Care Society) # 15, M. Thimmappa Street, Malabar Towers, Rajahmundry, Andhra Pradesh, India</p>
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
	