

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. आवेदन संख्या : B/0623/0503

APPLICATION DATE आवेदन तिथि 13/6/23

NAME of APPLICANT आवेदक का नाम Seeramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 50 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/सहोदर का नाम D/O Kunramadegowda



Preop postop 0503 Seeramma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kailgudamehalli Channarayana Nagar
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय कर आसपास का दावा है (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं) Yes / No 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	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 उपचार/दवाइयों से जुड़ी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1</u>	<u>Diagnosis</u> <u>RE Cataract</u> <u>LE Cataract</u>
<u>2</u>	<u>Surgery</u> <u>RE Cataract + PCOL</u>

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 जी गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>IDBCB</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच एवं सही प्रमाण प्राप्त होता है तो गरी ग्राहकता निम्न को क रकले है।
 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता गया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में भी या भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के लिए मदद के लिए नहीं आऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, धारण/या दूसरे उद्देश्य में मुझे प्रतिबिम्बित और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के करने के बारे में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि ग्राहकता के उद्देश्यों में प्रकाशित है मुझे स्वतः ग्राहकता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामलेखनी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से लेनी या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनीत अतिरिक्त/अभाव हेतु पात्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद ग्राहकता के लिए प्रदान की जाती है, उसे अस्पताल द्वारा लेना स्वतंत्रता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कानूनी धुनिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Lakshmi

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

13/6/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Ophthalmology & Refractive
KMC No. 9024

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Visual Care
(A unit of Shree Siddha Eye Care Trust)
104, Thompson Bridge, Miller Lane, Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायीय हस्ताक्षर 1

Dafunyal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायीय हस्ताक्षर 2

Lakshmi