

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/0622/0510 APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: 8/08/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Venkataramappa AGE-YEARS / उम्र-वर्ष: 60 SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: s/o chikka Sanjivappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: mangatta mitta Hebbani mulbagal taluku

Kalal district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता: same as above



PSC OP Post OP 0510 Venkataramappa

OCCUPATION / व्यवसाय: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / स्थाई खाता संख्या: _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No हा / नहीं 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

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / गरीबी रेशम 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) / 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 करने दिनांक का उद्देश्य

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया है।

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि
<u>1</u>	<u>DRSS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा भरना है)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं।
 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं सहायता हेतु या उद्देश्यों के लिये, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 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.
 - 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देना (अर्शिका) अर्शिका को यहाँ पर बताने के लिये "कोशिका फाउंडेशन और इसके 'न्यायी' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में दिये गये हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण हेतु इलेक्ट्रॉनिक, मुद्रित, लिखित और अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा बताये गये विवरण को प्रकाशित करने या प्रसारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में दिये गये हैं, प्रकाशित, प्रसारित या प्रसारण नहीं करेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उम्मेद न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:
- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारे यहाँ पर अर्शिका को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता देना चाहते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, यदि सहायता नहीं मिले तो हमें अन्य स्रोतों से इसे पूरा करने में लेना पड़ेगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोतों से इसे पूरा करने में लेना पड़ेगा। यह पुष्टि करने के लिये कि हमें अन्य स्रोतों से इसे पूरा करने में लेना पड़ेगा।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं। सहायता के उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं। सहायता के उद्देश्यों के लिये ही किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताये गये हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 8/6/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shree Dhan Eye Care Trust) KMC Reg. No. - 81123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Nainital Branch) & Signatory of Authorized Signatory (A unit of Shree Dhan Eye Care Trust) # 15/M, Thimnaisht Road, Nainital, Uttarakhand
---	---	--

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2