

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : n/0622/0513

APPLICATION DATE : 3/06/22

NAME of APPLICANT : Sitharamappa

AGE-YEARS 70

SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Late Venkatappa



Pre OP post OP
0513 Sitharamappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : neeluseu mustoor taluk district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 20,000/-

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

PAN No. स्वयं छात्र संस्था

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं):

Yes / No
 /

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 विवक्षित अर्थ

<input type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विवक्षित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी 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>LE-Cataract + PCIO</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 सी पर सहायता राशि
<u>1</u>	<u>DISCS</u>	<u>2,000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 यहाँ बताना चाह रहा हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही 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 सत्यतापूर्वक "बतौरक" पुष्ट करता हूँ कि, मेरी ज्ञान के अनुसार, मेरी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए कितना राशि चाहिए, उसे इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाह रहा हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उद्देश्य को पूरा करने के लिए, अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से पैसे ले लिए हैं और वे इस उद्देश्य में नहीं हैं।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के संबंधित विवरण को प्रकाशित करने के लिए, मुझे "बतौरक" पुष्ट करता हूँ कि मैंने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के लिए सहायता हेतु प्रारूप में "बतौरक" पुष्ट किया है, उसे "बतौरक" रूप में प्रकाशित, दूर, वाचक/दूर, दूरदर्शन से मुझे प्रचारित/प्रसारित करने के लिए कितनी भी उपाय सफल हो सके।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "बतौरक" पुष्ट करने से मुझे सहायता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "बतौरक" रूप में उपाय सफल होने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)

- 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.
 - हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
 - 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता कितनी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बतौरक" पुष्ट करने के लिए उक्त के संबंध में "बतौरक" पुष्ट किया है। यदि "बतौरक" पुष्ट सहायता कितनी भी सहायता स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, तो हमें उक्त कितनी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी के लिए कितनी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं।
 2. "बतौरक" पुष्ट करने से मेरी या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा ले रहे हैं सहायता या कितने भी सहायता/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "बतौरक" पुष्ट करने के लिए उक्त का कोई रकम नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "बतौरक" पुष्ट करने के लिए उक्त का कोई रकम नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 8/06/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Sreebhakta Eye Care Trust) KMC Reg No - 81123	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Full Name of Signatory (A unit of Sreebhakta Eye Care Trust) # 15/M, Thiruvananthapuram Road, Miller Junction
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अंतर्गत उपयोग हेतु

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