

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : N/0622/0530
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 10/06/22
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Vishalamma
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS : 60
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o late B.N. Basappa
पिता/सहोदर का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

#79, 1 Bhysanayakannahalli at post, Honnavalli Hobli
Tiptur Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Pre op 0530 post op Vishalamma

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

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

PAN No. : [Blank]
आपका PAN संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
"या अन्य आय कर दाता है (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया डालि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया डालि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया डालि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किसे लगे विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Intubact LE - Intubact
2	Surgery LE - CataStact + FRIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो यह 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 प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गंभीरता से "कॉशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता, जो इस प्रकरण के लिए मांगी गई है, केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग की जाएगी, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस प्रकरण के लिए मांगी गई राशि का भुगतान नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति):

- 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 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हों, इसे "कॉशिका" एम्बलम, चित्र, सामग्री या अन्य माध्यमों से किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पूरा होने के बाद भी प्रकाशित करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए प्रकाशित हैं, स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एम्बलम, चित्र, फोटो और विवरण का उपयोग करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं थUMB की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति):

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारी स्वीकृति, इस प्रकार की है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में सहायता के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में सहायता के लिए मांग रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किए गए उद्देश्य के लिए मांगी है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/प्रदान नहीं की जाती है तो हस्पताल को सहायता के माध्यम से किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकरण का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा की गई सहायता के लिए मेरी जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

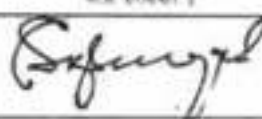
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Hospital)
KMC, Reg No. - BT123

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Hospital)
15/M, Thimmaran Road, Marathahalli Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
