

Tenakumbi

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : N/0622/0547		APPLICATION DATE : 14/06/22	
NAME of APPLICANT : Nagamma		AGE-YEARS : 60	SEX : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Lingappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kothage, gandurpete taluk Chamara nagale district Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above			
OCCUPATION : Coolie		MARRED (विकहित) : UNMARRIED (अविकहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No. : [Blank]			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1	Diagnosis	RE - Cataract	
		LE - Cataract	
2	Diagnosis	LE - Cataract + PCOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1	DBCS	2,000/-	



Preop 0547 Postop Nagamma

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सहाय आसन्न सत्य सही है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", जो मेरी जानकी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं दूंगा, जो किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेखित हैं, इसे "कोशिका" एवम् अन्य, दान, सहायता/पुनः उपचार में मुझे प्रतिनिधित्व और प्रसारित करने के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से स्वतंत्र अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपचारों से प्रभावित है पूर्ण रूप से, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या बाएं की उंगली छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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, हमसबको को और से प्राप्त/लेगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हस्पताल) विना प्रकाश से प्राप्त या स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती/प्राप्त होगी या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय। इस के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित अतिरिक्त/प्रदान हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्रदत्त उपचार हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होता एवं हस्पताल को सौंप कर दिया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल से रोगी के उपचार सुरक्षा और अन्य जानकी को सही निर्णय/लेती हेतु एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए योग्यता

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sriroop Eye Care Trust)
KMC, Reg No - 81123

Mr. Lakshminipathi N
Manager, Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care Trust)
(A unit of Sriroop Eye Care Trust)
KMC, Reg No - 81123

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2