

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0579

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/6/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chenamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Mari Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nambinayakana Halli, Koppa Hobli
Maddur Taluk, Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय का दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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
①	Mari Gowda	80	M	Husband
②	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विवक्षित उद्देश्य:

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

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 लगे गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक 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 फॉर्म में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं बताया गया होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मेरी सहायता "कोशिका फाउंडेशन" से मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो पूर्णतः और न ही आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो मुक्ति दूँगा और न ही भविष्य में दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान लगाकर, मैं (अर्शक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उद्देश्य में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनादि द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और प्रदर्शनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उपर्युक्त विवरण को इसका उपयोग करने से पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से शामिल हैं, मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाएंगे। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यन्त्रादेशों की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से उठाया जायेगा, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियमित नहीं की जाती है, तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत हमें यह कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिए सहायता हेतु किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वारा दी गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और स्वतंत्र रूप से जारी रहने की पूर्ण जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए घोषणा

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/6/22

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

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager, Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Eye Care Trust)
10/1, Thimmaiah Road, Miller Tank Bad Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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