

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

N/0622/0594

APPLICATION DATE:

15/06/22

NAME of APPLICANT:

Masakka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

w/o mallegowda

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Gallagadabti village Hunsuraballi post Kodihalli

Kanakapura taluk, Ramnagara district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above

Poc op
0594

Masakka

OCCUPATION:

Home maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

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

हम आप आय का दावा है (जो सत्य हो उस या सही का निशान लगावे)

Yes / No

ह/ 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 संबंध
1	Girish	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इन्धन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विवृति का 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 + PRAL

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 जो यह सहायता रही
1	DRCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा पंजीकृत 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य साबित है तो वेरी सहायक निमित्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायक हेतु यह सहायता नहीं लूँगा, उस एग्री का अंशित या संपूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक मीडिया, वगैरह के माध्यम से सहायता हेतु या सहायता के निमित्त किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। वे इस प्रारूप पर विवरण को इसका उपयोग करने या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायोपक्ष है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे सहायता के इस्तेमाल के लिए नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएं की उंगली का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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.
- हस्ताक्षर/अंगूठे की छाप से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज से ली जा रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंशित/संपूर्ण हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अंतर्गत कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उद्देश्य हेतु किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं ली जायेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता अंशित/संपूर्ण प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य सहायता/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल ने रोगी को सहायता प्रदान की और उसे जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संलग्न

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

15/06/22

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

Mr. Lakshmiopathi N
Manager Outreach

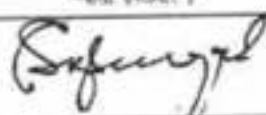
(Name of the Authorised Signatory
(A unit of Shree Radha Eye Care Trust)
15/M, Thimmarasu Road, Near Red Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायोपक्ष 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोपक्ष 2

