

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

13/0723/0674

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

7/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Halaguriah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Slo kalaiiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Metekattaballi, Gubbi Taluqa,
Kardaba, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छाता संख्या

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

हैं आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगावे)

Yes / No

हाँ / नहीं

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 सम्बंध
0	Lakamma	60	F	wife
②	Dayanand	33	M	
③	Mahesh	31	M	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत 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) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्न 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 + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
①	O.B.C.S	2000/-

pre op
0674post op
Halaguriah

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फ़ॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत वा झूठा प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे सहायता मिलेगी, तो मैं इसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता का अनुरोध किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं की है और नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 is final and acceptable to me.

1) इस फ़ॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फ़ॉर्म में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं (आवेदनक) इससे अतिरिक्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगा।

2) मैं (आवेदनक) इससे अतिरिक्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगा। मैं (आवेदनक) इससे अतिरिक्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगूठा 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.

हम (हस्पताल) यहाँ पर, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर/अंगूठा लगाकर, निम्नलिखित बातों का स्वीकार करते हैं:

- 1) कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगे। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता/पैसे की मांग नहीं की जाती है, तो हम अपने आप से ही सहायता/पैसे की मांग कर सकते हैं।
- 2) कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता/पैसे की मांग केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और कोशिका फाउंडेशन द्वारा किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग को इससे प्रभावित नहीं किया जा सकता है।

हम (हस्पताल) इससे अतिरिक्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगे। हम (हस्पताल) इससे अतिरिक्त किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की सहायता/पैसे की मांग नहीं करूँगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 7/7/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) RMC No. 9024	Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) # 16/M, Thimmaiah Road, Malviya Nagar, Bed Area
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2