

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B10424/0485

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/7/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Siddhalingaraj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o mayanna bapda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

mattemahalli v. thalapur taluk, mysuru taluk, Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cookie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(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 कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
(1)	mangalaamma	30 Y	F	neice
(2)	prajwal m.s	18 Y	m	SON
(3)	pruthvi m.s	22 Y	F	Daughter
(4)	vday m.s	18 Y	m	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) मरीजी रैखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्ययवेक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कब विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached असमकाल-डॉक्टर से जारी की गई उपचारात्मक सूची संलग्न
(1)	diagnosis: RE cataract LE cataract
(2)	diagnosis: RE cataract + P.T.O.C.

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)	DBLS	2000/-

pre-op post-op
0485 Siddhalingaraj

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वा कर्तव्य कः)

- 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 कर्तव्य कर्तुं कि इस फार्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो उसे सहायता मिलना ही जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कर्तव्य कर्तुं कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फार्म में माग किया है।
- 3) मैं यहाँ कर्तव्य कर्तुं कि मैं किसी सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं करूँ, जो कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न मिले कि और न ही सहायता में लीए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वा कर्तव्य)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 फार्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) यहाँ कर्तव्य कर्तुं कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फार्म में माग है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यूसी, एन. एम्बु न्यूसी द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फार्म का विवरण कोशिका फाउन्डेशन को जारी या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्बु न्यूसी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा कर्तव्य)**

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/प्रकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता किसे गये उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की गतिविधियों रोगी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Prathi N.

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A Unit of Sivachand Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

रोगी या रोगी हस्पताल अधिकृत अधिकृत

Date of Surgery
उद्देश्य की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS MS FPRS FICO
Consultant - Phaco & Refractive

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2