

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0423/0788

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/1/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Muguregowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

c/o Chikkathammegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hudya Village, Maddur Taluk

Hudya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं। (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ।)

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	Sarojamma	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विनंती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES.

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	2019	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- 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 Kashiwa 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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य/संभव/आवश्यक पाया जाता है तो मेरी सहायता मिलने की आशा होती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक ध्यान रखता हूँ, कि यदि मुझे कृषिका फाउंडेशन से सहायता मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस प्रारूप में आया हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम की रिक्वायस्ट नहीं करूँगा, जिसके लिए मैं इस सहायता के लिए आया हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (ATTACH TO THE STATE)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एचएम न्यायी, दान, वाचना/या हमारे उद्देश्य या कुछी प्रतिनिधियों और अल्पसंख्यकों के लिये किसी भी प्रस्तावना में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है; जो प्रश्न का विवरण की इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेशक की समतलता या अणु का विग्रह



AGREEMENT by HOSPITAL (PRINTED OR TYPE)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमारे अधिकार, हमलापरी की ओर से मायमले/रोपी को "कोईभन्ना फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु भिन्न-भिन्न की जाती है, जिसे हम (हमलापरी) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो यह मान और न ही धारणा में विधि सहायता किसी भी साक्षरी सम्बन्ध या किसी अन्य श्रोत से उक्त रोटी/ममले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविल/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्था/हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अवगत किसी अन्य भी साक्षरी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत द्वितीय पर उक्त रोटी/ममले हेतु किसी भी साक्षरी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो यह सहायता संभव विधि प्रकृति की है। रोटी या सम्बन्ध द्वारा ही यह संभव या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोटी एवं सम्बन्ध के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए सम्बन्ध में रोटी के द्वारा मुक्त और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं सम्बन्ध की होती और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
अपेक्षित की तारीख

अभियोग की शरणाग्र

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic Surgeon & Reconstructive
RMC No. 50234

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shreebha Eye Care Trust)
on behalf of Hospital)
6/M, Thimmaiah Road, Mysore - 575 001, India
or at Email: shreebha@shreebha.org

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्धीक रुपयसंग हो

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमने कसो काढला

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जयश्री गणेशाय नमः