

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **13/0823/0791** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **03-08-2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Siddamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **70** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ध का नाम : **w/o Daddagopaiiah**



pre op **0791** post op **Siddamma**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Kannegata Gundlupete Taluk Chamara nagara District Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **- same as above -**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Un Employed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

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 लगायें) : Yes / No हाँ / नहीं No

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	Daddagopaiiah	80	M	Husband
②	Enavinda	45	M	son
③	Ratnamamma	40	F	daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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 वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जरी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PC.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	D.B.C.S	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रकरण में विषय एवं सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा घोषणा गलत है तो मेरी सहायता विवरण को खारिजी है।
- 2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से सही का नहीं है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रकरण को नहीं है, इस प्रकरण का अंतिम या अंशकतः किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करे)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/jul-up/republish 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्ग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, दान, चिकित्सा एवं उद्देश्य से जुड़ी प्रचारितियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार प्रचारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस बात को स्वीकार कर रहा हूँ कि मैंने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता नहीं लूँगी।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के उपयोग में प्रसारित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उचित निर्णयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करे)

- 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.

- हमारी स्वीकृति, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिए प्राप्त करने में सक्षम हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश/प्रस्तावित उपाय प्राप्त नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय सहायता हेतु किसी और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत प्राप्त की गई सहायता का कौन सा उपयोग/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 03/08/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MD, FPRS, PICO Consultant in Ophthalmology & Refractive KMC No. 99244	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Chhatrapati Sahu Eye Care Trust) # 15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 रक्षक सदस्य 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 रक्षक सदस्य 2