

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/0823/0801
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 3/8/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Chikkasidda Shetty
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 68
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Ningaishetty
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Putthomapura, Gundlupeta, Taluk, Chamarajinagara District, Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - 11 -
स्थायी आवासीय पता



pre op post op

0801 Chikkasidda Shetty

OCCUPATION: coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्राप्त खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (इमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (इमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (इमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किने गये बिस्तरों 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 - LE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
 - 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.
 - 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 दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सचन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विरत की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं करूँ, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या जो भी स्रोत है और न ही अतिरिक्त में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT - (आवेदनक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.
- 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.

- इस प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का दायर करार मैं (आवेदनक) अपने अधिकार की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, ऑन-लाइन, ऑन-पेपर, ऑन-टेलीविजन और इलेक्ट्रॉनिक मीडिया के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण कोशिका के पत्रों या वेब पृष्ठों पर करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रदर्शनों में प्रयोग में आ सकते हैं, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसके आचार्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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:
- 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.
 - 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 और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिन हम (हस्पताल) विप प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- हम घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी रोगी के लिए वही सहायता प्रस्ताव नहीं कर सकते हैं जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए माग किया जा रहा है, बल्कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगनी पड़ेगी। यह पुष्टि करने का अर्थ है कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता मांगनी पड़ेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के परिवार का चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज मुफ्त और जल्द करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई धार्मिक या विधार्मिक दायरता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Address of Signatory)
(A unit of Shree Sri Ram Charitable Trust.)
16/M, Thimraiah Road, Miller Tank Bed Area

Dr. Laxmi Dorenavar
MBBS, MS, SOG, FICO
Consultant of Obstetrics & Gynaecology

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख
3/8/23

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2