

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0823/0803

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 3/8/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Nagamallappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 78 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्या का नाम: S/o Lengappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Shrivapur, Gundlupete Taluk, Chamaraaj-nagar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: - Same as above



pre op post op
0803 Nagamallappa

OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -

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

PAN No. सवाई 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 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	Nagarajappa	40	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें): <input checked="" type="checkbox"/>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें): <input type="checkbox"/>	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें): <input checked="" type="checkbox"/>	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य: <input checked="" type="checkbox"/>
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनियम 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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप में उल्लेख किया गया है तो वेरी सहायक निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस सहायता या राशि के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले ली है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "वरिष्ठ" को सक्षम करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से लोगों को सहायता के लिए जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका फाउन्डेशन" और/या उसके "वरिष्ठ" के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को सक्षम करने के लिए "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से लोगों को सहायता के लिए जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस प्रकार का उपयोग "कोशिका" द्वारा, प्रकाशित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से लोगों को सहायता के लिए जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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:

- 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.

- इसमें उल्लेखित, हस्ताक्षर की और से सार्वजनिक 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 हमें वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता मिलेगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने अपने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दखल नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Lakshmi

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Chakra Eye Care TRS.)
16/M, Shree Chakra Eye Care TRS, Near Tank Bed Area

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/8/23</p>	<p>Dr. Laxmi Dorannavar MBBS, MS, FRCO, FRCO (S) Consultant, Plastic & Reconstructive Surgery KMC No. 30224</p>	<p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shree Chakra Eye Care TRS.) # 16/M, Shree Chakra Eye Care TRS, Near Tank Bed Area</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>Safarpur</i></p>	<p><i>Lakshmi</i></p>