

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0823/0805**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **3/8/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Bogappa**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष : **72**
SEX लिंग : **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/वधु का नाम : **S/o Nandappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : **Bachahalli Gundlupeta Taluk.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : **Chamarajanagara District Karnataka**

— same as above —



pre op **0805**
post op **Bogappa**

OCCUPATION : व्यवसाय : **unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : **—**

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

RAN No. आई 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 लगाएं)

Yes / No हाँ / नहीं : No

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
①	Mahadevamma	60	F	wife
②	yogumand. B	30	M	son.

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत <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 RE 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	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे:

- 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 प्रश्नक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन अत्यन्त गलत साबित हो तो वेदो सहायता मिलना भी न हो सकती है।
 - 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से भी न हो रही है, इसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नक में कहा गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि कित्त सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रश्नक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर (आवेदनक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्नक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" दायम् नामकी, दान, सहायता के दुरुपे उद्देश्य में दुरुपे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्नक को विवरण को इस प्रकार के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ग्यारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है पुष्टि करता हूँ। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता हूँ इस सम्बन्ध में "कोशिका" दायम् उसके ट्रस्टीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को और से प्राप्त/पेपरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगिनी से लेने या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अलग हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता संस्था से नहीं लेता/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही वह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही वह सहायता का निर्णय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने को जारी दिवस/राती रोगी एवं हस्पताल को जारी और "कोशिका" को कोई प्रतिक्रिया या दिवस/राती इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमति

Laxmi

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
3/8/23

Dr. Laxmi Dorel Dwar
MBBS, MS, FRCO
Consultant, Plastic Surgeon
RMC No. 90244

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of or behalf of Hospital
15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

रक्षक इतराक्ष 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

रक्षक इतराक्ष 2

[Signature]