

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building back of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0823/0816**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **04/08/23**

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **70** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम **w/o chika maribasawath**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Thuyalaballi palga at post mysandra(H)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Turvekere (T) Tumkur

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय **unemployed**

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं / जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाए।

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेंखा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1) Diagnosis BE cattract LE cattract

2) Surgery BE cattract HCEAL

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 राशी

1) D.B.C.s 2000/-



Preop 0816 Postop Lakshamma

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य सत्य ज्ञान है तो मेरे सहायक निषेध को खारिजी है।
- 2) मैं इस जो सहायक यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसके उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, इस सहायक को अतिरिक्त या सहायक किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एचएम न्यासीय, दान, सहायक या उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरी इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सहायक का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएम उम्मेदवारों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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 ओर से सहायक/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- उस कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विवरण अतिरिक्त/सहायक हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत या सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य सहायक स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायक या किसी भी 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 चुना और जाने जाने को अपने विवेकपूर्ण रूप से हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>04/8/23</p>	<p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, DRS, FICO Cornea, Cataract & Refractive</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach</p> <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Koshika Foundation Trusts.)</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2</p>