

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
A Better Kind of Life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या :

B/0823/0831

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि 04/08/2023

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम

Nogoroju D

AGE-YEARS आयु वर्ष

69

SEX लिंग

M

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

S/o Dasegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Temkur Kunduru palya Tiptur Tal

Temkur Distric Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop
0831

Postop
D.Nogoroju

OCCUPATION : व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

27,000/-

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाए):

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 चिन्हित 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 का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किन्से गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosers BE contract LE contract
2	Surgery BE contract + PCEAL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अवेक 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 सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो सभी सहायता वित्त की या सकार्य हैं।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में प्राप्त किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, इस सहायता का अंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pul-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.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेक) अपनी सकार्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् 'न्यासी, दान, वाक्यांश/चित्र इत्यादि से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न सकार्य अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यासी' का विवेक अंतिम और सकार्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अवेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 सकार्यी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश तक के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित न/सकार्य/सकार्य हेतु सकार्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सकार्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद तक सकार्य/प्राप्त हेतु किसी भी सकार्यी संस्था या किसी अन्य सकार्य से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तित प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सकार्य या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवेक है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संमन्तुति

[Signature]

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>04/08/2023</p>	<p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant, Eye & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.</p>	<p>Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) होस्पिटल के प्रतिनिधि अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>