

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: N/0822/0878

APPLICATION DATE: 12/8/22

NAME of APPLICANT: Suresh

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 46

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Mahadevaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Ambedkar Street, Ammapur Village, Chandakund, Hobali, Gundlupet, Taluk, Channarayana District, Karmala

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास का पता

Same as above



Pre OP Post OP
0878 Suresh

OCCUPATION: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. सवाई कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (यदि मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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
1	Lokesh	21	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमका 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 प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract + P 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 लिये गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा भरना है)

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वास्तविकता के साथ नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से यदि मैं सहायता प्राप्त करूँगा तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर मैं (अर्शिका) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में भोजित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सक/दवाइयों के माध्यम से या किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर्युक्त विवरणों में इलाज के दौरान या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से भोजित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारे द्वारा यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के माध्यम से यह सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से अन्य न सहायता करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हो रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अस्वीकार/नकार हो जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि सहायता सिर्फ वही सहायता होगी जो कि सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेनी/पानी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा कोई भी सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery अपरेशन की तारीख 12/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (Name of Doctor with Stamp)	Mr. Lakshmi Prasad N Manager, Outreach (Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of on behalf of Hospital) Trust)
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शिका द्वारा उपयोग के लिए)

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