

Doddabhimma

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No.: N/0822/0903		APPLICATION DATE: 18/5/22	
NAME of APPLICANT: Yashodhamma G		AGE-YEARS: 55	SEX: F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Muninaju			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Baburao Layout, Holaru District, Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above			
OCCUPATION: Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: 35000/-		(Attach Proof of Income)	
PAN No: Same as above			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No			
FAMILY DETAILS			
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender
1)	Muninaju	60	M
2)	Vishwanathu	30	M
3)	Praveen Kumar	27	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE:			
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached		
1)	Diagnosis	RE Cataract LE Cataract	
2)	Surgery	LE Cataract + PCIOL	
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES			
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	
1)	DBCS	2000/-	



PreOP PostOP
0903 Yashodhamma

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य ज्ञान है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य के पूर्ण से निम्न किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मुझे या मेरे परिवार को नहीं है, उस मदद का प्रतिफल या समकाल किन्हीं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" फाउण्डेशन, द्वारा, वाचमय या दूरदर्शन के माध्यम से लोगों को जानकारी देने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रकाशन मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी जारी रहेगा "कोशिका फाउण्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण सत्य; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउण्डेशन ट्रस्टी ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

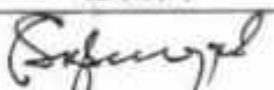
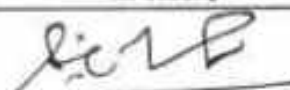
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- हमने अधिष्ठाता, हस्पताल की ओर से मान्यताप्राप्त को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय 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 वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मारा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अस्वीकार/नकार हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष रूप से प्राप्त होगी/करने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तिय प्रवृत्ति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षा और अपने करने 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 संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 18/3/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cataract, Glaucoma & Refractive Sur. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और मुहर	Mr. Lakshmi Prasad N Manager, Ophthalmology (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A Unit of State Government) नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	--