

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

N/0822/0972

APPLICATION DATE:

30/8/22

NAME of APPLICANT:

chikkammallamma

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

78

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

w/o Channashetty

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Ayyappaaswamy Temple Road Kolagachanahalli
Sannagara District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

Home maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं):

Yes / No

हाँ / 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 विवर्त 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 वर्ग 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 किसे गये विवर्त का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/प्राप्ति संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCIC

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 की गई सहायता राशी
1	DBCS	2,000/-

PACOP postop
0972 Chikkammallamma

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने असमर्थ पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सख्ततापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से सहायता की जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं इस सहायता को पूर्ण या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगियों को सूचित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासीयों, दान, समर्थन या अन्य उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस बात विवरण मेरी सहायता को पूर्ण या आंशिक रूप से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उद्देश्यों से प्रसारित है पूर्ण रूप से सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से समर्थन/उपहार को "कोशिका फाउंडेशन" 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त की जायेगी या ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अंश/पूर्ण रूप से प्रदान नहीं की जाती है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सूचित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल भविष्य में उस सहायता को प्राप्त करने के लिये किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हस्पताल द्वारा की गई सहायता या बिना गये उपचार/उपचार का चुनाव सही एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में सही से इलाज सुझा और आने जाने को सभी विधेय/सही एवं हस्पताल की सही और "कोशिका" को कोई भुविगत या विधेय/सही हम न्यासीयों से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cataract, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
हमारे डॉक्टर का नाम और पता

Mr. Lakshminarayanan N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
हमारे डॉक्टर का नाम और पता

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

30/8/22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीय हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीय हस्ताक्षर 2

Safarpur