

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0985

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

30/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkatesha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/o Munipachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kulagondanahalli, Ramnagara district
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Deeop 0985
Deeop Venkatesha

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

IN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Best Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए विनती का उद्देश्य:

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

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 जो यह सहायता राशी
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा बताना)

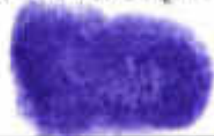
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल एवं कमजोर अवस्था पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ जो अवस्था बता रहा हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी जा रही है। इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का प्रतिफल या वापस हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा बताना)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण को अपने इस्तेमाल या अपने किसी अन्य कामकाज में (आवेदक) अपने सहयोगियों को प्रेषित करना हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में बताया है, उसे "कोशिका" समूह न्यासीयों, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्य में कुछी प्रतिबंधित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इस्तेमाल के लिये या मेरे 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 के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसमें न्यासीयों 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 बताना)

- 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:
- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/पैरों 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 भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलेगी यदि ऐसा करने का लक्ष्य है, जबकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त की अवस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अस्वीकार/समर्थन हेतु मनाही की जायेगी तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सारकारी सहायता या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा प्राप्त प्राप्त हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जायेगी, वह वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण उपचार का निर्णय लिया जाएगा/निर्देशित किया जाएगा और हस्पताल को रोगी का निष्पक्ष है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और उसे करने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई ज़िम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

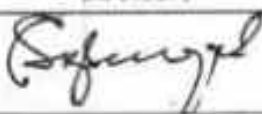
स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintending,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A member of Koshika Foundation Trust)
KMC Reg. No. - 81123

Mr. Lakshminath N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
& Title of Hospital)
16/M, Thimmalah
समर्थन पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
