

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

N/0822/0987

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kasigeruda

AGE-YEARS आगु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

s/o Bodakegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bhalepura Hosadurga Ramnagara district
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

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

AN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

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

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 सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-



Pre OP 09/87 Post OP Kasigeruda

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता 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 दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर गंभीरता से "कॉशिका फाउंडेशन" से सहायता के लिए आ रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं कर रहा हूँ। उस राशि का अधिक या कम हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न वापस लिया जाए और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता है):

- 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/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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कॉशिका" एम्बुल्स, दान, आसपास दूसरे उद्देश्यों में जारी परिचर्याओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे इस प्रश्न का विवरण भी प्रसारण के माध्यम से कर सकते हैं और "कॉशिका फाउंडेशन" के नाम से अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधीन है प्रसारण के माध्यम से प्रसारित नहीं किया जाएगा। इस सम्बंध में "कॉशिका" एम्बुल्स उद्देश्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करता है):

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, हम यहाँ पर हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले को "कॉशिका 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 हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या तो है, यदि कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश इससे संबंध में "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता इस रोगी/रोगी के लिए किसी भी बाहरी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले सकते हैं।

2. "कॉशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और उसे करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होती है और "कॉशिका" को कोई सुझाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए, संस्तुति

Mr. Lakshminaraini M

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

Institute for Diabetes & Eye Care Trust

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

रोग व रोग हस्पताल अधिकृत अधिकारी

162M, Thirumalaiah Road, Hyderabad - 500 037

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

30/8/22

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,

Cornea, Cataract & Refractive Surgery

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(A Unit of Thirumalaiah Road, Hyderabad - 500 037)

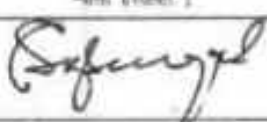
KMC Reg. No. 01123

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2

