

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0990

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/2/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sathish

AGE-YEARS अनु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o chudalingegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Bijjahalli Kanakapura Taluk, Ramangasa
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

Pre op
0990Post op
Sathish

OCCUPATION :

व्यवसाय

Captive

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

AN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर 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 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 विनियत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे बिमारी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरीन सुची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-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 सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

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.

१) मैं यहाँ पर कबल यह ही इस प्रमाण में सिद्ध करने वाली विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी आगामी निवेदन को या रद्द करती है।

२) मैं इस की सहायता केवल "उद्देश्य" के लिए ही ले रही हूँ, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में कहा गया है।

३) मैं यहाँ पर कबल यह ही स्वीच करता हूँ कि भविष्य में कभी भी मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नुन हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 it's 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 प्रश्न पर अपने उत्तरदाता का अपने ही छाप लगाकर, मैं (अर्षेक) अपने स्वयं की दुष्टि बता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, बाबक/या दुष्टे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है; मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर को पढ़ने का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्षेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में घोषित है पूर्णतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवश्यक हो इसका ध्यान या अंगुली का निगलन



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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इसकाथी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी एक सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन इस के अन्वय में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित अधिक/अवसर हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य एक सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम स्पष्ट में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद इस रोगी/मरीज हेतु किसी एक सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: रोगी या हमself द्वारा दी गई सलाह या किने यदि उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमself में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Rakesh B.N.

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Date of Surgery
 (mm/dd/yyyy)

30/8/22

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of the Department of Health, Government of Karnataka)

(A. or Name of Div. & Regn. No. with Stamp)

...the

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमि इत्यम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी तमलाष्टा २

Exempel

2020