

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		N/0822/1001		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Venkatchalarath		AGE-YEARS मासु-वर्ष	SEX लिंग
				75	M
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम :		S/o Venkatappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
Groundnagallballi, Wataballi, Kanakapurath					
Averemala, Karkaladdi, Ramnagar					
Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता					
Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय		Coolie		MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		21,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)	
PAN No. सही खाली रखें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)					
Yes / No हा / 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 संबंध	
1	Lakshamma	66	F	wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विपरीत आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) सही रोज़ के लिये 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं विपरीत का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न				
1	Diagnosis AC cataract LE cataract				
2	Surgery AC cataract + PC IOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता लगी		
1	DBCS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस मदद का आर्थिक या वस्तुगत विनिर्मुक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा करता)

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/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 it's 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 का उत्तर देकर, मैं (अर्शिक) अपने स्वाक्षरी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में प्रोविड है, उसे "कॉशिका" फण्ड-रैसर्स, दान, वाचनात्मक दूरदर्शन में खुली पब्लिकिटी और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा के पालन का कारण बनने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" से मदद अधिकृत है।

2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोविड है पूर्णतः सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" फण्ड-रैसर्स के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिक की हस्ताक्षर या बाएं की उंगली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करता)

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.

हमसे अधिकृत, हमसबारी की और से मान्य/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न 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 उक्त रोगी/रोगी के लिए या से रहे हैं, बल्कि कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के अन्वय में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वैदेशीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गैर उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कॉशिका" को कोई भुविगत या वित्तीय सहायता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 30/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Vision & Eye Care (A unit of KMC, Reg. No. 81520)	Mr. Lakshmi Prasad N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute for Vision & Eye Care (A unit of KMC, Reg. No. 81520)
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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