

Halkake

|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE<br>(Healthcare)<br>सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)                                       |                                                                                                                     | <br>Building Block of life |                                              |                                                                                                 |
| APPLICATION No.: N/0922/1023<br>आवेदन संख्या:                                                                                         |                                                                                                                     | APPLICATION DATE: 9/9/22<br>आवेदन तिथि:                                                                       |                                              |                                                                                                 |
| NAME of APPLICANT: Kartharaju<br>आवेदक का नाम                                                                                         |                                                                                                                     | AGE-YEARS आयु-वर्ष: 67                                                                                        | SEX लिंग: M                                  |                                                                                                 |
| FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 9/0 Thimmayya<br>पिता/सहस्र का नाम                                                                            |                                                                                                                     |                            |                                              |                                                                                                 |
| PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Karanahalli Karadi Post, Tumkur, Karnataka<br>वर्तमान आवासीय पता                                           |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above<br>स्थायी आवासीय पता                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| OCCUPATION: Coolie<br>व्यवसाय                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              | MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):<br>(Attach Proof of Income)<br>(आय का साक्ष्य संलग्न) |
| TOTAL ANNUAL INCOME: 30,000/-<br>कुल वार्षिक आय                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| PAN No. [Blank]<br>आय का पहचान संख्या                                                                                                 |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):<br>क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)        |                                                                                                                     | Yes / No<br>हां / नहीं                                                                                        |                                              |                                                                                                 |
| FAMILY DETAILS: परिवार विवरण                                                                                                          |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम                                                                   | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष)                                                                                    | Gender<br>लिंग                               | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध                                                       |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
|                                                                                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)<br>सहायता के लिये विनियमित आधार                                        |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                           | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)                     | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |                                                                                                 |
| "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:<br>सहायता हेतु किये गये विनियम का उद्देश्य:                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न                        |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| 1                                                                                                                                     | Diagnosis: RE-Cataract<br>LE-Cataract                                                                               |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| 2                                                                                                                                     | Surgery: RE-Cataract + IOL                                                                                          |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES<br>इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है? |                                                                                                                     |                                                                                                               |                                              |                                                                                                 |
| Sr. No.<br>क्रम संख्या                                                                                                                | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम                                                                           | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी सहायता ली गई                                                      |                                              |                                                                                                 |
| 1                                                                                                                                     | DRCS                                                                                                                | 2000/-                                                                                                        |                                              |                                                                                                 |

**DECLARATION by APPLICANT** (आवेदक द्वारा पंजीकृत)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या संपूर्ण निम्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा कटार)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचक/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के चले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

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

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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किया। उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अंशिक/संपूर्ण हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पत्र उक्त रोगी/मरीज हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई चुनिंदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Date of Surgery</b><br>ऑपरेशन की तारीख<br>9/9/22 | <b>Dr. Nagesh B N</b><br>Consultant, Medical Superintendent,<br>Cornea, Cataract & Refractive Surgery<br>Institute for Diabetes & Eye Care<br>(A unit of Shree Sankar Eye Hospital)<br>(Name of Dr. Nagesh B N with Stamp)<br>हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर | <b>Mr. Lakshmi Pathi N</b><br>Manager Outreach<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>(A unit of Shree Sankar Eye Hospital)<br># 16/M, Thimmarajpet, Bangalore 560022<br>हस्ताक्षर के द्वारा हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** (आंतरिक उपयोग हेतु)

|                                                     |                                                     |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 1 | <b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b><br>न्यासी हस्ताक्षर 2 |
|                                                     |                                                     |