

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : N1092211041

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 9/9/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jayamma

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Nagachara

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#10 halkurike mamenam 1 Hind 300
teptur Kunkur Karnaataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

pre op
1041post op
Jayamma

OCCUPATION : Home maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

य आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DRCS	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.

- 1) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एगि "कोशिका काउन्टडाउन", मे गये जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न का कोई है, उस एगि का अतिरिक्त या अलग किम्बा किसी अन्य दायित्व/सहकार/योग्य कर्मन्ते मे न गये लिया है और न ही भविष्य में लूगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में अधिभूत है, उसे "कौशिका" प्रथम न्यासी, दाया, बाया/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुति करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पक्षों या बाएं से करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कौशिका" प्रथम उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अभिप्रेत के अनुसार यह अंगरेजों का निराशा

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.

हमारे अधिकार, हमलावारी को और से सम्मले/रोणी को "कोरिंगका पञ्चाङ्गेजान" से विनियमित सहायता होना नियन्त्रित की जाती है, जिसे हम (हमलावार) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वार्धन और न ही भविष्य में विविध महापदा किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरणा में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/निर्णयित उक्त के सम्बंध में "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा भेद हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापदा विरति अतिशय/सफल हेतु यन्त्रु नहीं किया जाय है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापदा लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि अस्पताल द्वितीय भेद उक्त रोगी/मरणा हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉशिका फाउन्डेशन" में ले ले महापदा लेने/विधि प्रकृति की है। रोगी पर हमला/हत्या द्वारा ही गई अलगा या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमला/हत्या को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई वकाल नहीं है। इसीसे हमला/हत्या में रोगी के इच्छा सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला/हत्या की होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

गण्डकी के लिए संरुति

Dr. Nagesh B N

अभियोगों की तारीख

9/9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of KMG Hospital, Bangalore)
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
KMG Hospital, Bangalore

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sreebala Eye Care T

अन्तर्गत उपपाने हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

न्यायमै इत्युक्तम् ?

Defendant

Rich