

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/1021/1132 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 01/10/21

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Veerabhadraiah AGE-YEARS आयु-वर्ष 65 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम S/o Sannathimma Bhow

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Ratenahalli Hulihaalli Triptu Tunkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता Same as above



pre OP post OP
1132 veerabhadraiah

OCCUPATION: व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 35,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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
①	Sannathimma Bhow	80	M	Father
②	Marappa	70	F	Mother

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) अल्प 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 विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract LG Cataract
②	Surgery RE Cataract + P.I.O.C

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 ली 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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 निरास की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कीर्तिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।

3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का आंशिक या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में लूना।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओरों की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा नम, माता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, राज, वासुदेव/दूधो उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को निरा अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मैं इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी ध्यान रखना पड़ेगा कि

(LTI)

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 अभिभावक, हमसंगी की ओर से धन्यवाद/प्रीति को "कोशिका पाउन्डेशन" से विधिवत सहायता हेतु निष्पत्ति की जाती है, जिसे हम (हमसंग) निम्न प्रकार से धन्य व प्रीति काते हैं।

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/रामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निषादित/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। परी "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट आशिक/सम्बन्ध हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अममाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धुष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अममाल द्वितीय मदर उक्त रोगी/रामने हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाटनेशन" से तो तब सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी या इम्प्लांट द्वारा दो नई सतह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लांट के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इम्प्लांट में रोगी के इलाज सुखा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्प्लांट की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृतो कं लिप्य संस्तुति

Dr. Nagesh B N

Mr. Lakshminipathi N
Mannor Outreach

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

Date of Surgery
भूषण का तारीख

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of St. Xavier's Hospital)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
KMC Regn. No. 1112

01/10/21

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्री. हनुमन्त ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 गायत्री हस्तगंध २

Safeway

Rich