

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0923/1166** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **21/09/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Chikkathayamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष **60yrs** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम **w/o Channarekere Gowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**Jayanagara, Gadasahalli, Shivarahalli,
Kanakapura Taluk, Ramanagara District, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
- Same as above -



Pre-op Post-op
1166 chikkathayamma

OCCUPATION : व्यवसाय **Home-Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) /

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **24,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आयकर 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 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. | Shankar Gowda | 37yrs | M | Son |
| 2. | Prema | 32 yrs | F | Daughter-in-law |
| 3. | Harshitha | 15 yrs | F | Grand Daughters |
| 4. | Abhishek | 13 yrs | M | Grand Son |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये कितना आधार

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशद के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उत्प्रेषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लगे किन्तों का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्हीं अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशी |
|------------------------|---|--|
| 1. | DBCS | 2,000/- |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रकरण में विषय एवं सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य एवं झूठ है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सख्तता से "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उद्योत उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/print-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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यायीयों, एनएम, एनएमएनएम द्वारा इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार सफलता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

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 any other 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से 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 किसी सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उस रोगी/रोगी के लिये या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमन अतिरिक्त/अलग हेतु मदद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सारकार से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी के लिये न तो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारियों इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Lakshmi

Mr. Lakshmi Prasad
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) : **Dr. Arun**
10/M, Thimmeswari, Chennai - 600 024
यह न तो हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/09/2023

Dr. Laxmi Indrani
MBBS, MS, FRCO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ ही हस्ताक्षर के लिए न.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्दरीय उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2

Lakshmi