

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 8/0923/1177

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 21/9/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Jeeva

AGE-YEARS आयु-वर्ष 53 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम W/o Loka D.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
432 4th Kuvempu Road Yadabem
Nagar Vasanthapura Sobramanapuram

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above



OCCUPATION: आवेदक Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय —

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. रथाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मूल्य 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 संबंध
1)	Loka	58	M	Husband
2)	Sangeetha	32	F	Daughter
3)	Geetha	30	F	Daughter
4)	Lawrence L	20	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विकल्पों 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 + PCIOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1)	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरे आवेदन किता भी खारिज हो सकता है।
- 2) मैं इस से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं आवेदनक के बाद, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/post-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 फॉर्म पर मेरे अंगूठे/हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" फाउन्डेशन, टेली, प्रकाशक एवं इलेक्ट्रॉनिक से सूची, विज्ञापन और जानकारी के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे उद्देश्य के अंतर्गत या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है मुझे सहायता प्राप्त करने की गारंटी नहीं देता। इस संबंध में "कोशिका" फाउन्डेशन ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के 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 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त से सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसे अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसे अन्य भी सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसे या सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। सभी पर हस्पताल द्वारा ही सही प्रकार से किने गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसे प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के प्रत्येक सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery आवेदनक की तारीख</p> <p>21/9/23</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRS, FICO Consultant Phaco & Refractive</p>	<p><i>Mr. Laxmi Dorennavar</i> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>8/16/23, This is the official stamp of the Hospital.</p>
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---