

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: **B/0923/1179**

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: **21/9/23**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: **M M Shekaraiah**

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **75**
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम: **S/O mm Veerabhadraiah Swamy**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS
वर्तमान आवासीय पता
**world no 4 House no 1689 Mudukara
kotte Kottur Belga**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS
स्थायी आवासीय पता
Same as above



OCCUPATION:
व्यवसाय: **coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: **103800/-**

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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
/				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 BE cattract LE cattract
2)	Surfing BE cattract + PEROL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रकट होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोशिका फाउन्डेशन" से ले जा रही है, उसका उपयोग उद्योग उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, इस धरती का कौन भी सहायक किराने अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) यहाँ सहमत हो चुकता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हैं, जो "बोशिका" एम्बु इन्वेंचरी, एन. रायगुड/एन. रायगुड में लुई गार्डियन और इन्फार्मेशन के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस बात निश्चय से सहायक के पालन या कर में करने के लिए "बोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों में प्रयोग हैं मुझे सहायक का हस्ताक्षर नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "बोशिका" एम्बु इन्वेंचरी का निर्णय अंतिम और अचलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक को हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

यहाँ अधिकृत, हस्ताक्षर की और से सम्बन्धित को "बोशिका 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 भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषय उक्त के सम्बन्ध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सम्भव हेतु मन्दा नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायक के लिये या किसी अन्य संस्था से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही वह सहायक या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्ष और आने जाने की सारी जिम्मेदारी देगी एवं हस्पताल को होगी और "बोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/9/23	Jr. Laxmi Dorennavar (Name) MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244	Mr. Laxmi Dorennavar Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) # 16/M, Thimmappa Nagar, Bank Bed Area उप-पथ पर हस्पताल अंतर्गत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्दरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
	