

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/0923/1197
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/9/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Kantalamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS : 70
SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Nagarajappa
पिता/सहोदर का नाम



Poicop Postop
1197 Kamaknime

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वरतन आवासीय पता

Doddaguni Tumkur 572211

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Home Maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : -
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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 सम्बन्ध
1	Sumanigala K.N	40	F	Daughter

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगा कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये चिकित्सी 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 LE Cataract

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 नी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

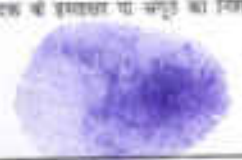
- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने अथवा सहायता प्राप्त करने के लिए गलत जानकारी देना या छुपावना प्रमाणित हो जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग की जा सकती है, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से सहायता प्राप्त करने के लिए या भविष्य में नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its 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.
 - 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग कर सकते हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के माध्यम से, जिसमें कि मुझे सहायता मिले, के लिए जानकारी को प्रसारित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए। कोशिका फाउन्डेशन द्वारा मेरे नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग मेरे उपचार या "उद्देश्य" के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का प्रयोग, जो "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा किया जाएगा, स्वयंसेवक के रूप में मेरी सहायता प्राप्त करने के लिए मुझे स्वतः सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं देगा। इस सहायता का प्रयोग केवल "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टी द्वारा ही किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



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:

- 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.
- 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 करने वाले या अंगुली के छाप करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

- यह कि हम अभी या भविष्य में वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मांगेंगे, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है, जब तक कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता मांगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ यह है कि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए हमें किसी भी अन्य स्रोत से सहायता नहीं मांगनी होगी।
- "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार गुण और अपने खर्च को सही विधेयता देना एवं हस्पताल को सही और "कोशिका फाउन्डेशन" को सही धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Lakshmi

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/9/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) Consultant, Phaco & Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) # 16/M, Thimmasai, Pad Aror
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनंतरिक उपयोग हेतु

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