

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0923/1204**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **26/9/2023**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Maitarappa**

AGE-YEARS : आयु वर्ष **62**

SEX : लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम **S/o Ningappa**



**postop postop Maitarappa 1204**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता

**Kandigatta Kandigatta Tumkur**

**Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

**Same as above**

OCCUPATION : व्यवसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) /  UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **21,000/-**

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

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर चुकाते हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| /                   |  |                         |             |  |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विलिप्त आधार

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत |
|---|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवेकी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न |
|---------------------|---|
| <b>1)</b>           | <b>Diagnosis</b><br><b>BE cataract</b><br><b>LE cataract</b>                              |
| <b>2)</b>           | <b>Surgery</b><br><b>LE cat + PCDL</b>  |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता कितनी अन्य स्रोतों से लिया गया है?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| <b>1)</b>           | <b>DBCS</b>                            | <b>2-000/-</b>                                       |

**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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं रहता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले तो यह है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।  
 3) मैं यืนยัน करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस राशि का वापस या सफल किया किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) 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/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 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.
  - 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को यूपि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भोजित है, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिका/युद्ध उद्देश्य से वृद्धों, महिलाओं और बच्चों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार-प्रसार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण से इतर किसी भी प्रकार से करने या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न जारी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे प्राप्त, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्रिका, पत्रिका और प्रचार-प्रसार को जारी अधिकृत है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से मरने/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न 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/रोगियों में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/किये उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनोद अधिकृत/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हमसबल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस यूपि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय करर उक्त रोगी/रोगियों हेतु किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का हस्पताल द्वारा लेने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और जाने जाने को जारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई यूपि या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lalitha*

**Dr. Lalitha**

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)

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

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Date of Surgery<br/>ऑपरेशन की तारीख</p> <p>06/01/23</p> | <p><b>Dr. Laxmi Dorenavar</b><br/>MBBS, MS, FRCS (ICO)<br/>Consultant Surgeon &amp; Director<br/>KMC No. 902</p> | <p>(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> |
|--|--|--|

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

|  |  |
|--|--|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br/>न्यायी हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2<br/>न्यायी हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>[Signature]</i></p>                            | <p><i>[Signature]</i></p>                            |