

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **8/0923/1217**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **26/9/23**

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष: **70** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/वधु का नाम: **s/o Shankarappa**



Pre-op 1217 Post-op Halappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Indiranagar Tiptur taluk Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: **---** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes- No-

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1)	Adamma	62	F	wife.

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PCTOL

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 कौन सा सहायता राशि
1)	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन असत्य पत्राचार काट है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, जो अन्य स्रोतों या नियोक्ता या बीमा कम्पनी से या अन्य किसी भी स्रोत से प्राप्त 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 & authorise Koshika Foundation and it's 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 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) आवेदनक को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोसेमंदों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग करेंगे, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के उद्देश्य से मेरी जानकारी के अनुसार सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, जो अन्य स्रोतों या नियोक्ता या बीमा कम्पनी से या अन्य किसी भी स्रोत से प्राप्त है और न ही भविष्य में लूँगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के भरोसेमंदों के द्वारा प्रयोग किया जा सकता है, जो "कोशिका" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के उद्देश्य से मेरी जानकारी के अनुसार सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं हूँ, जो अन्य स्रोतों या नियोक्ता या बीमा कम्पनी से या अन्य किसी भी स्रोत से प्राप्त है और न ही भविष्य में लूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के 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 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.

- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने वाली अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने के लिए या ले रहे हैं, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्देशित सहायता हेतु सिफारिश करने वाली है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता है। इस पुष्टि के अंतर्गत हमें सहायता प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और करने वाले को पूरी जिम्मेदारी देनी एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery आवेषण की तारीख</p> <p>9/6/23</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MD, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive KMC No. 90244</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> Manager Outreach Institute for Deafness & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) # 15/M, Thiruvananthapuram, Kerala, India</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	