

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0923/1218	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 26/9/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Bhagyamma	AGE-YEARS वयु-वर्ष: 58
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: W/o Balaiah	SEX लिंग: F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता: Hirebidigare Tiptur Taluk Tumkur Karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता: Same as above	
OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): <input checked="" type="checkbox"/> MARRIED
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. स्थायी खाता संख्या	



Pre-op 1218 Post-op Bhagyamma

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 या आप आय कर पत्रक है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No

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)	Balaiah	60	M	Husband

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) अभ्युक्तिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न की)	<input checked="" 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 RE Cataract + PCTOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशि
1)	DBCS	2500/-

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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रिक्त की जा सकती है।
 - 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बतलाया गया है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि क्या सहायता हेतु यह प्रपत्र भेजा जा रहा है, उस दायित्व का अधिकार या सहायता विनियम किसी अन्य प्रोवेंडोर/कर्मचारी/बीमा कम्पनी से न हो रहा 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठों का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" को प्रमाणित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने, प्रसारण करने, प्रदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है, जो प्रपत्र का विवरण से इसका उपयोग करने के लिये या कर-ये करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व ग्राहकों अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है उसे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अधिकार और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रपत्र/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी गतिविधि/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चर उक्त स्रोत/सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता प्राप्त होगी वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा की गई सहायता पर निर्भर गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने को सभी जिम्मेदारों के एवं हस्पताल की इलाज और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Lakshmi

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

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

18/M, Thimmapur Road, Near Fort, Badli Area

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/9/23

Dr. Laxmi Dorenavar
(MBBS, MS, FRCS, FICO)
Consultant Phaco & Refractive

INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2

[Signature]