

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																																								
APPLICATION No.: N/1022/1224		APPLICATION DATE: 11/10/22		 Koshika Foundation Building Block of Life																																																								
NAME of APPLICANT: Gurushanthamma		AGE-YEARS 72 SEX F																																																										
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Devappa																																																												
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Channaganagara Taluk, Yaxaganahalli																																																												
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above				 preop 1224 Gurushanthamma post op																																																								
OCCUPATION: Home maker		MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No)																																																										
TOTAL ANNUAL INCOME: -		(Attach Proof of Income)																																																										
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Name of Family Member</th> <th>Age (Years)</th> <th>Gender</th> <th>Relation with Applicant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																																		
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत </td> </tr> </tbody> </table>						BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत																																															
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																												
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1	Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL																																																
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td> Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached	1	Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL																																																								
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached																																																											
1	Diagnosis Surgery RF Catheter LE Catheter Catheter + F + PCIOL																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DBCS</td> <td>2000/-</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DBCS</td> <td>2000/-</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1	DBCS	2000/-																																														
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No.</th> <th>NAME of OTHER SOURCE</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>DBCS</td> <td>2000/-</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED	1	DBCS	2000/-																																																						
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED																																																										
1	DBCS	2000/-																																																										

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या अन्यथा किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही मिल रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एनपी न्यायोपक्ष, दान, सार्वजनिक दुरुपयोग से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सार्वजनिक या प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस सहमति मेरी सहायता के पैसे या कर से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोपक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनपी न्यायोपक्ष का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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 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 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.
- हमारा अधिकृत, इसतरफ़ी की ओर से यामलें-होती की "कोशिका 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 सरकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु चानु नही किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सरकारी संगठन या किसी अन्य सार्वजनिक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जात है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किसे गले उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल ने रोगी के इलाज सुझा और करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई बुद्धि या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/10/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Sri Eye Care Hospital) Karnataka, India	Mr. Lakshminarayanan N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A Unit of Shree Sri Eye Care Hospital) # 16M, Thimmapath Road, Malar, 560 002, Bangalore
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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