

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : B/0923/1229
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/9/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jayamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 66 SEX F

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



Pre-op Post-op
1229 Jayamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS Kerebandipalya Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. —

*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पत्रा है (जो मान्य हो उस पर खड़ी 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 सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Copy) महोदय रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें) | <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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1) | Diagnosis RE Cataract LE Cataract |
| 2) | Surgery RE Cataract + PCIO |

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 ली गई सहायता राशी |
|------------------------|---|---|
| 1) | NRBC | 2000/- |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय तो उसे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पता लगा है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह भविष्य में नहीं होगा, उस सहायता का अवशेष या सबका हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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 it's Trustees to use/publish/post-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 donors 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" एकत्र नामों, पता, चित्रण/प्रकाशित/प्रसारण में मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वे प्रकरण का विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का इलाज नहीं कराता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र उपलब्ध गतिविधियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में भाग न ले सकेंगे।

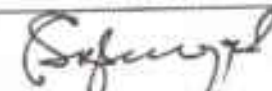

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए ले ली जायेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विधि अवशेष/असमर्थ हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाय तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सकारात्मक सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या विधि को उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को सही किये/रोगी रोगी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या किये/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|---|--|--|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>26/9/22</p> | <p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant, Phaco & Refractive KMC No. 90244</p> | <p><i>Dr. Lakshmi N</i> Manager, Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shree Chh Eye Care Trust.) # 15th, Naraina Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital मम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p> |
|---|--|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

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