

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/1022/1210** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **11/10/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Venkatachalamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **75** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : **Mr Siddegowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास पता : **Gundlupete Taluk. Belmudi. Hurdhara**

Channarayana, Karnataka 571111

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास पता : **Same as above**

OCCUPATION : व्यवसाय : **Home maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : **1340 Venkatachalam**

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

PAN No. सवाई खाता संख्या : **-**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो धन्य हो उस पर सही का निशान 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 से संबंध
1	Siddegowda	80	M	Husband
2	Sivanamma	45	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) सोबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निम्नी 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 + PC IOL

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DBS	2000/-

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 इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उनी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रारूप नहीं भेज रहा हूँ, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) heretby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-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 प्रश्न पर अपने इच्छाएं का जवाब दी जाय लागकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, सहायता दूरी इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

असहयोग की आकांक्षा का अर्थ है कि



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से कार्यवाही के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही डॉक्टर ने वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगिनी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन प्राप्त कर संस्थान से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो संस्थान किसी अन्य सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थान प्रत्येक तरह के रोगी/रोगिनी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगिनी द्वारा दी गई सहायता या किसी अन्य उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के इलाज सुख और आने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हमself को होती हैं और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृतीचे दिनांक: २०१७/०८/२०

11/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
जयलक्ष्मी चिकित्सालय, अहमदाबाद

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयसिंह बरगुडा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exchanged

2020