

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/1022/1251 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 11/10/22

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Subbregowda AGE-YEARS आयु-वर्ष: 72 SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: S/o Late Bellegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Gundlupete Taluku, Hirdipana, Channarayana
Kannataka - 571111

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 87,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर छड़ी का निशान लगायें): 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
1.	Rathnamma	57	F	wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
2.	Surgery LE - cataract + priol

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 लिये गई सहायता राशि
1.	DBCS	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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 सचन आसन्न सच्य जात है तो मेरी महापात्रता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में सच्य गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किन महापात्रता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोत्साहक/रोक/बीमा कम्पनी से न तो 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महापात्रता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, चार, चरणाचार्य द्वारा उद्देश्य से दृढ़ी नीतिनिर्धारण और सार्वजनिक के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को निम्न अधिकृत है। मेरी उद्देश्य का विवरण मेरी इच्छा के प्रकार या चार के करने को निम्न "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद सच्य, पता, फोटो और विवरण जो कि महापात्रता के उद्देश्य के प्रमाण है पूर्ण सच्य: महापात्रता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी 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 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 और से मान्यता/लेखी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय महापात्रता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय महापात्रता किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापात्रता निरास अंतिम/सफल हेतु मरर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापात्रता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद महापात्रता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इच्छा मुद्रा और अपने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भुक्तिका या जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

11/10/22

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)

(A Unit of Sanjay Gandhi Postgraduate Institute for Postgraduate Education & Research)

(A Unit of Sanjay Gandhi Postgraduate Institute for Postgraduate Education & Research)

Mr. Lakshmi Prasad N

Manager, Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A Unit of Sanjay Gandhi Postgraduate Institute for Postgraduate Education & Research)

(A Unit of Sanjay Gandhi Postgraduate Institute for Postgraduate Education & Research)

(A Unit of Sanjay Gandhi Postgraduate Institute for Postgraduate Education & Research)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2