

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No : N/1022/1335 APPLICATION DATE : 20/10/22

NAME of APPLICANT : Mahadevaiah AGE-YEARS मापु-वर्ष 62 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Chikkakandiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Raghavapura Channarayana
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-

PAN No. : नयाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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	Puneet Kumar	23	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 मांगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

preop postop
1335 Mahadevaiah

DECLARATION by APPLICANT: WORK ON THIS IS

- 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 यहाँ पर कतार है कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही 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 की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार है कि मैं इस सहायता से प्राप्त की राशि को नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (20000 200 2000)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोविड है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, चार, पाचपाच दूसरे इस्टेस से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों को लिखे किताबों की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के खर्चे या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इस्टेस से प्रोविड है पूर्ण स्वतः सहायता का हक्कार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपेदक के हमारा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HARSH ON 10/10)

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 अधिपति, हमसफरी की ओर से धारमसंगी की "कॉमिक्स पाठशाला" में कलिय सहायक हेतु नियुक्ति की जाती है, जिसे हय (हमसफरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करने है।

- 1) यह कि न तो संवेदन और न ही अधिकांश में विविध साक्ष्यता किसी भी साक्ष्यता संवेदन या किसी अन्य शक्ति से उच्च रोणीयता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिद्धांत/विधिगत उक्त के संभव में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा साक्ष्यता विधिगत साक्ष्यता/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्ष्यता संवेदन या किसी अन्य साक्ष्यता से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में जगह कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त रोणीयता में हेतु किसी भी साक्ष्यता संवेदन या किसी अन्य साक्ष्यता से नहीं लेता/लेती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे साक्ष्यता संवेदन विधिगत प्रकृति को है। रोणी पर अस्पताल द्वारा यह यदि साक्ष्यता या विधिगत तब उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोणी एवं अस्पताल के बीच का विधिगत है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोणी के इलाज दुरुस्त और आने जाने की सारी विधिगत रोणी एवं अस्पताल को रोणी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्थान

Date of Surgery
अंशोक्त की तिथि

20/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Comes, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sri Sathya Eye Care Trust)
KUMAR, N. N. 8888888888

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: []

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नाम:

1218