

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Pre OP 1470
Post OP Ammaiah

APPLICATION No: आवेदन संख्या: **N/1122/1470** APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: **4/11/22**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: **Ammaiah** AGE-YEARS जन्म-वर्ष: **67** SEX लिंग: **F**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता: **Manayakara Jadya Post, Tumkur Taluk, Tumkur Karnataka - 570221**

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

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

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

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगायें) Yes / No हाँ / नहीं No

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	Doddaiiah	71	M	Husband

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

<input checked="" type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवृति 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 + PCIOL

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 एतु यह सहायता पुरा
1	DBC	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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिथान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता रित्तम को न्य हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता करा है।
- 3) मैं गृहित करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमस विमता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सित है और न ही भविष्य में भूँका

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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को गृहित करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राज, पत्रकारिता द्वारा इतर रूप से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे इनका विवरण मेरे हस्ताक्षर के पछले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" न न्यासी 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 प्रकर: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्ष्यको होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बन्ध/रोगी को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिक/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस गृहित में स्पष्ट करा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख H/1/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Doctor & Regd. No. with Specialty) MBBS, MD, FRCS, FICO Surgeon, Cornea & Refractive Consultant - Phaco & Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shree Sri Eye Hospital) # 16/M, Thimmariah Road, Miller Road, Red Cross
--	--	---

FORM NO. 95244 KOSHIKA FOUNDATION अनौदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 (नामी हस्ताक्षर 1)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 (नामी हस्ताक्षर 2)
