

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या : N/1122/1482
APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 4/11/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Gangadharappa
AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60
SEX / लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम : w/o Venkataramanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता :
Narasimhanahalli Reddaballapur (T)
Bangalore Rural

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता :
Same as above



proof postop
1482 Gangadharappa

OCCUPATION / व्यवसाय : Coolie
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : MARRIED

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

PAN No. / स्थाई पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही 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
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE catract LE cattract
2)	Surgery RE cattract + Peral

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 सी गई सहायता धरती
1)	D BCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अवेक द्वा प्रेषण कर)

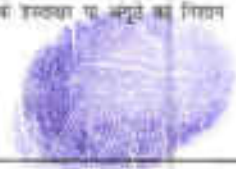
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रपत्र 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 दृढ़ता से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र को पठा है, उस राशि का व्यतिक्रम या प्रकलन किसी अन्य स्रोत/निर्धनक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेक द्वा कर)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान कर, मैं (अवेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एकत्र न्यासीयों, पत्र, वाचस्पत्य दूरदर्शन से चुटी रडियो/टि.वी.ओ. उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त होना इससे पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
 2) मैं (अवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुगु सत्य: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहमति में "कोशिका" एकत्र उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेक का हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वा कर)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मन्तव्य/रिपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकलन से मान्य व स्वीकार करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा प्रपत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा सहायता निरती अधिकतम/प्रकलन हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल विशेष पत्र उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी गैर सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गैर सहायता संगठन वित्तिय प्रकृत की है। रोगी या हस्पताल द्वा ही यह सहायता या विषय एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वा किसी प्रकार का कोई प्रकलन नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी विवेकपूर्ण रोगी एवं हस्पताल की हारा और "कोशिका" को कोई सुझा या विवेकपूर्ण इस मामले में नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/12

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
M.D.S., M.S., F.R.S., F.I.C.O.
Specialist - Cataract & Refractive

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetics & Eye Care
(A unit of Bed & Eye)
16/A, Thimposai
जम न पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2