

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : N/1122/1490APPLICATION DATE
आवेदन तिथि 8/11/22NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Venkataiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम S/o Chinna mraboyi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mannigatta mitta Hebbani mulbagal

Kobr Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
1490 VenkataiahOCCUPATION :
व्यवसाय coolre

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 10,000/-(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर यहाँ 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)	Vijay B	20	M	Son
2)	Kavya B	19	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन शुची संलग्न
1)	Diagnosis RE cataract LE cataract
2)	surgery RE cataract + PCWL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 तो गई सहायता राशि
1)	O B C S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

- 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.
 - 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.
 - 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 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 प्रपत्र में सहायता यथा "कॉशिका फाउन्डेशन", से लेती जा रही हूँ, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में धरा गया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु वह उद्देश्यों को नहीं है, उस यथा का आर्थिक या सफल विपन्न किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print-up/produce 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - 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 की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" दान, न्यायो, धर्म, चिकित्साक दूरान उद्देश्य से जुड़े पत्रिका/पत्रिकाओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का निष्पत्ति से प्रपत्र को पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउन्डेशन" न न्यायो अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" दान, न्यायो पत्रिकाओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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 जाये कि न्यायो/रोगी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किम्वं इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करती है।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी। यदि सहायता नहीं मिलती है तो हमें अपने अर्थोपचारों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उन्हीं के माध्यम से "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु मन्तुर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता या किसी अन्य हस्ताक्षर से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय स्तर उन्हीं सहायता हेतु किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से लेती नहीं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेती नहीं सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और लेने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery आवेदनक की तारीख <i>08/11/22</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Refractive KMC No. 00234	 Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) (A unit of Shree Anand Hospital) # 16/M, Thimmasandra, Bengaluru
---	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2
	