

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 13112311499
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 16/11/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Munimade Gowda
आवेदक का नाम

AGE-YEARS: 69
SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Thammannegowda
पिता/सहोदर का नाम



POWOP Pastor
1499 Munimade Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Arachaballi, Attihalli, Kamanager, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above.

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED / UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME: -
कुल वार्षिक आय

PAN No.:

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No. | Name of Family Member | Age (Years) | Gender | Relation with Applicant |
|---------|-----------------------|-------------|--------|-------------------------|
| 1) | Nagarathamma | 60 | F | Wife |

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

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No. | Medical Reports/Prescriptions Attached |
|---------|-----------------------------------------|
| 1) | Diagnosis RE Cataract LE Cataract |
| 2) | Surgery LE Cataract + PCICL |

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. | NAME of OTHER SOURCE | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED |
|---------|----------------------|------------------------------------|
| 1) | DBCS | 2000/- |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रियाज है और न ही भविष्य में लूना।

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोर्थ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायो, दान, चिकित्सा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इन बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बु उक्त न्यायोर्थ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मसाले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नी अधिकांशकाल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रोग सहायता संस्था या किसी अन्य चिकित्सा से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/मसाले हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का भुगतान रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी की इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>16/11/23</p> | <p><i>Doc</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name of Dr. & Reg. No. with Stamp) KMC No. 91294</p> | <p><i>Signature</i></p> <p>Mr. Lakshmi Pathi N Manoj Mr. Lakshmi Pathi N Institute for Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 15/M T (A) (Koshika Eye Care Trust.) # 15/M T (A) (Koshika Eye Care Trust.)</p> |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p> | <p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p> |
| <p><i>Signature</i></p> | <p><i>Signature</i></p> |