

Hangala

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/1122/1507** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **11/11/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Sannamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष **65** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम **w/o Bette Gowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Kalyagowdara halli, Gundlupete taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Chamarajanagar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
- same as above -



pre op post op
1507 Sannamma

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

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

PAN No. : PAN संख्या संलग्न ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू 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 संबंध
1)	Bette Gowda	78	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	Rajion Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
--	--	---	--------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोदी 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 RE Cataract + PCTAL

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 ली गई सहायता राशि
1)	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ़ता से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से भी वांछित है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्रत्येक को नहीं है, उन स्रोतों का आर्थिक या सहायता हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार यह अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने धारणाओं को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, एन. एम्प्लॉयर्स द्वारा उद्देश्य से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण जो प्रकरण को पढ़ने या बार में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व आचार्य अधिकृत है।
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स आचार्य और आचार्यकारों द्वारा।

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.

- हमसे अधिकृत, हमसदरों की ओर से समझौते की "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 भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/सहायता हेतु चलायी नहीं किया जाता है तो हमसदरों किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमसदरों द्वारा परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो कोई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमसदरों द्वारा ही गई सहायता या किसी अन्य उपचार/उपकरण का चुनाव रोगी एवं हमसदरों के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसदरों में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियों रोगी एवं हमसदरों को रोगी और "कोशिका" की कोई अधिकार या जिम्मेदारियों इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/22</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Lakmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Phase 2, B.C. No. 2244</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Mr. L.M. Lakshminarayana Member, Director or Overseer (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) A Unit of Government General Hospital 16/M, Thammayyapeta, Yashwantrao Chavan Road, Bangalore</p>
--	---	--

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
--	--