

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/1122/1508** APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : **11/11/22**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : **Doddamadamma** AGE-YEARS आयु-वर्ष : **70** SEX लिंग : **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रवर्ग का नाम : **w/o Rachygowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता : **Passaiabnapura, Kalgowdanahalli, Gundlup taluk, Chamarajanagar, Karnataka**

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



pre op post op
1508 Doddamadamma

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

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

PAN No. स्पष्ट नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मन्व हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे पने विपत्ती 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 + PCIO |

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 ली गई सहायता राशि |
|---------------------|--|--|
| 1) | DICS | 2000/- |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक द्वां खींयत ढर)

- 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 यथेष्ट ढरसे दूँ कि इस ढरसे में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच सच अथवा सच सच है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 2) मैं दृढ ढरसे सहायता तब "कोशिका फाउंडेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस ढरसे में पता सच है।
 3) मैं यथेष्ट ढरसे दूँ कि विषय सहायता हेतु का इंतजाम की गई है, इस प्रति का कोशिका या सहायता निरस्त किये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो सके हैं और न ही भविष्य में सके।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वां सच)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढरसे पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस ढरसे में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्ब्लम, पत्र, साक्षात्कार द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे ढरसे का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग में लिये जा सकते हैं, सहायता का इंतजाम नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्ब्लम, उपलब्धियों का निरर्थक प्रयोग और साक्षात्कार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वां सच)

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.

इससे अधिकृत, हमारी की ओर से सार्वजनिक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदान से घबरा न सकेगा करते हैं।
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/समान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपाय का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|---|
| <p>Date of Surgery अंशेकन की तारीख</p> <p>11/11/22</p> | <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p><i>Abhishek</i></p> <p>Dr. Abhishek Dhanrajwar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant in ENT, Otorhinolaryngology KMC No. 90244</p> | <p>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. [Name] [Designation] [Stamp]</p> |
|--|---|---|

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