

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/11221/1521
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 11/11/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mahadevappa
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Veerappa
पिता/कटुम्प का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Haggala, Gundlupet taluk, Chamarainganga
वर्तमान आवासीय पता
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : - Same as above



pre op post op
1521 Mahadevappa

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. :
आय का पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diggnosist RE cataract LE cataract
2)	Surgery LE Cataract + P.I.O.L

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 सो गई सहायता राशि
1)	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करे,

- 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 प्रकार 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 प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्णित करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में प्राप्त किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या सबल विमना किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/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.
- 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों से प्रसारित करने के लिये उपयोग करे। इस प्रकार का विवरण मेरे उद्देश्य को पूरने या बंद करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्य से उल्लिखित है प्रसारित, प्रकाशित या प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य को पूरने और बंद करने का अधिकार होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

- इसमें अधिकृत, हमारा/हमें की ओर से अनुमोदित करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सबल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/निर्माता/बीमा या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता के लिये किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही वह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता प्रदान और अपने अपने को जारी रखने/लेने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>11/11/22</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) DR. LAXMI DORENNAVAR Consultant - Phaco & Refractive</p>	<p><i>Mr. Lakshmi Pathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Mr. Lakshmi Pathi N Institute for... (A unit of...) # 18/M, Thimposan Road, Miller Tank Bad Area</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

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