

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1522 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Kusanachari AGE-YEARS आयु-वर्ष 62 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम S/o Venkatasamachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Kaligowdama halli Gundlupete taluk Chamaraajanager, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- Same as above -



pre op Post op
1522 Kusanachari

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

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 29,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य 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 संबंध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1 | Sunany | 28 | M | Son |
| 2 | Mahadevaramma | 47 | F | Wife |

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

| | | | |
|---|--|--|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विनोद 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 + PCISL |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 | DBCE | 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 प्रारूप 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 इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

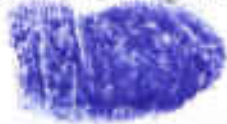
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सार्थकता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, संपादन/प्रकाशित उद्देश्य के लिये प्रचारित करने के लिये उपयोग कर सकें। इस प्रकार से मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को प्रचारित करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जिस सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित हेतु प्रयोग कर सकें। सहायता का इस्तेमाल नहीं बचना। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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.

- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/होपी 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 हमारे/होपी और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश की उम्मीद के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारे/होपी किसी अन्य सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे/होपी द्वारा प्राप्त उम्मीद/प्राप्त हेतु किसी और सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेने।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी पर हस्पताल द्वारा ही सही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल के चयन का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में लेने के इलाज सुरक्ष और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमतुति

| | | |
|---|---|--|
| Date of Surgery ऑपरेशन की तिथि 11/11/22 |  Dr. Laxmi Dorennavar <small>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)</small> MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco & Refractive <small>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</small> KMC No. 90244 |  Mr. Lakshmi Pathi N <small>Manager Outreach</small> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) <small>Institute for Eye Care & Research (A Unit of Shri Chandra Eye Care Trust)</small> <small>1804, Thimmasai Medical, Arundhaty, Arundhaty</small> |
|---|---|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1  | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2  |
|---|--|