

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1523
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 11/11/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Babavashetty
आवेदक का नाम
AGE-YEARS : 60
SEX : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Hargala, Gundlupete taluk, Channarayana
वर्तमान आवासीय पता
Karnataka

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



pre op post op
1523 Babavashetty

OCCUPATION : coolie
व्यवसाय
MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 26000 / -
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. :
संघीय पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)
Yes / No
हां / 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)	Malligamma	48	F	Wife
2)	Mahadeva Shetty	27	M	Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) पीपीके रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एलएस सीट 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 किए गए विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + P.IOL

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 सी गई सहायता राशी
1)	DBCL	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग चर्चा जगह है तो सही सहायक निरास की जा सकती है।
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि सहायक प्राप्त हो तो केवल "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायक हेतु वह भविष्य में पूर्ण रूप से, इस प्रकरण का अंशिक या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से प्राप्त नहीं करेगा और न ही बीमा से लूटेगा।

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/post-up/republish 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 पर पत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान करके, मैं (आवेदक) अपने नाम और पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के लिए सहमत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और ये विवरण इस प्रकरण में प्रयोग किए जाएंगे, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक हेतु मांगे गए हैं, जिसके लिए सहायक प्रदान किया जाएगा। इस सहायक को प्राप्त करने के लिए मैं सहमत हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायक के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायक प्राप्त करने से इनकार करूँगा और न ही बीमा से लूटेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और ये विवरण "उद्देश्य" के लिए ही प्रयोग किए जाएंगे, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक हेतु मांगे गए हैं। इस सहायक को प्राप्त करने के लिए मैं सहमत हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायक के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायक प्राप्त करने से इनकार करूँगा और न ही बीमा से लूटेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक 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.

- इससे अधिकृत, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा सिफारिश करने वाले के लिए, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें सहायक प्राप्त करने के लिए मांगे गए हैं, जिनके लिए हमें सहायक प्राप्त करने के लिए मांगे गए हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक प्रदान किया जाएगा। यदि सहायक प्रदान नहीं किया जाता है, तो हमें सहायक प्राप्त करने के लिए मांगे गए हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक प्रदान किया जाएगा। इस सहायक को प्राप्त करने के लिए मैं सहमत हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायक के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायक प्राप्त करने से इनकार करूँगा और न ही बीमा से लूटेगा।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायक केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या चिकित्सा उपचार के लिए मैं सहमत हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायक के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से सहायक प्राप्त करने से इनकार करूँगा और न ही बीमा से लूटेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/11/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. Laxmi Dorennavar) MBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Plastic and Reconstructive KMC No. 90244	Mr. Lakshmi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16/11, Thimra Road, Milk Tank Bad Area जर्नाल उपकरण हेतु
--	--	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 चरमो हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 चरमो हस्ताक्षर 2