

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



pre op Post op
1528 Gopamma

APPLICATION No. : N/1122/1528 APPLICATION DATE : 11/11/22
 आवेदन संख्या : N/1122/1528 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Gopamma AGE-YEARS 58 SEX F
 आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Shivaiah
 पिता/पत्न्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Rusambadi Gundlupete taluk
Chamarganggar Karnataka
 स्थायी आवासीय पता

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

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

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

PAN No. -
 आय कर 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 संबंध
/				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
<u>1)</u>	<u>Diagnosis</u> <u>RE cataract</u> <u>LE cataract</u>
<u>2)</u>	<u>Surgery</u> <u>RE cataract + PCTOL</u>

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य को 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 राशि
<u>1)</u>	<u>DBCB</u>	<u>2000/-</u>

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कहीं कहीं विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रयत्न नहीं किया है, उम्मीद नहीं है कि भविष्य में सहायता के अलावा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो निधि है और न ही अधिक्य 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कॉशिका" एम्बुलेंस, दान, धारण-पत्र द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे प्रकरण के पत्रों या कदमों में करने के लिये "कॉशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है पूर्ण सत्य, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सर्वेक्षण में "कॉशिका" एम्बुलेंस न्यायीयों का निर्णय अंतिम और सहायकारी होगा।

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से गवर्नर/एग्री को "कॉशिका फाउन्डेशन" में विवरण 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 किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों से ली जा सके है, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के माध्यम से "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। कहीं "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/नकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता के लिये या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय इच्छा की है। एग्री पर हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एग्री एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में एग्री के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ एग्री एवं हस्पताल को होंगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका 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>[Signature]</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorenavar (Name of Dr. & Room No.) MBBS, MS, MCh, FRCS, FICD Consultant - Plastic & Reconstructive Surgery RMC No. 20244</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p>Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) जब व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी</p>
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

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