

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : N/1122/1553 APPLICATION DATE : 15/11/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Chikka Venkatesamma AGE-YEARS जन्म-वर्ष 70 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : O/o Venkataiah
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kilagese, Gundlupete taluk Chamarajpet
वर्तमान आवासीय पता
जिला/मंडल का नाम: KARNATAKA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता



postop postop
1553 Chikka Venkatesamma

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

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्यम हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हा / 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 विधिगत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किलों 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 LE-Cataract + PCIOL

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 ली गई सहायता राशि
1	DWCS	2,000/-

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 यहाँ पर कबल ही कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ही कि इस सहायता हेतु वह अवधि की गई है, उस राशि का वसूली या सबल विन्यास किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल)

- 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/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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोयोग" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे सौंपने/बिखरने और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे द्वारा जो विवरण मेरे इलाज के सन्दर्भ में कबल में भरे जा रहे हैं "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है।
- 2) मैं (आवेदक) इस कबल में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स न्यायोयोग 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 कबल)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 वाचने/लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफ्टीफिकेट की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से पढना व स्वीकार करना है।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकाराती संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीयता उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीयता वित्तीयता/सफल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सकाराती संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय भरण उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सकाराती संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दो गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने-आपने को सही निर्देशों रोगी एवं हस्पताल की प्राप्ति और "कोशिका" को कोई वित्तीय या वित्तीयता इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तारीख</p> <p>15/11/22</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>MBBS, MD, FRCS, FICO Consultant - Phaco & Refractive</p>	<p><i>(Signature)</i></p> <p>Mr. Lata Manager Outreach Department for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)</p> <p>15/11/22</p>
--	--	---

FOR KASHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायो हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायो हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>(Signature)</i></p>	<p><i>(Signature)</i></p>