

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1558
APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 15/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Venkataiah
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 80
SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता :
Kilagese Gundlupete taluk Channarayana
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता :
Same as above

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

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

PAN No. स्थाई छद्म संख्या

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Chikka hulu godanah	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधिगत आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोज्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-



p300p postop
1558 Venkataiah

DECLARATION by APPLICANT: अर्द्धक द्वारा घोषणा करें:

- 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.
 - 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.
 - 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन अथवा दावा किया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
 - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मुझे मिलेगी, उसे केवल इस फॉर्म में उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग करने के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
 - मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्द्धक द्वारा किया)

- 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.
 - 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.
- जब मैं इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाऊंगा, मैं (अर्द्धक) अपनी स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एवम् न्यायीयों, घर, पत्रिका/पत्र द्वारा उद्देश्य से मुझे उपलब्धिपूर्वक और उपलब्धिपूर्वक के लिये किसी भी इच्छा अनुसार प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का निरस्त नही इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
 - मैं (अर्द्धक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे न्याय: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्द्धक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निरक्षण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

- 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:
- 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.
 - 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, हस्ताक्षर की ओर से प्रस्तावित रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये प्रस्तावित है, जहाँ तक कि सहायता "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय स्वीकार्यता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पहर उठा ली जायगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही चिकित्सा या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज चुनना और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

<p>Date of Surgery अपरेशन की तिथि</p> <p>15/11/2022</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FRCS (S), FICS Consultant in Refractive</p>	<p>Mr. Laxmi Dorennavar Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

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