

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



preop postop  
1576 Deviramma

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1122/1576 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 15/11/22

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Deviramma AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60 SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : w/o Somegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : Koppa hobli, Maddur Taluk, Bidar District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता : Mandya Karnataka - 571485

OTHER RESIDENCE ADDRESS : अन्य आवासीय पता : Same as above

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

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

PAN No. : PAN संख्या : -

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1                   | Somegowda                                      | 75                      | M           | Husband                                      |
| 2                   | Kumari. B.N                                    | 30                      | M           | Son  |

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

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) <input checked="" type="checkbox"/><br>पोषी रोज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) <input type="checkbox"/><br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Card Copy) <input checked="" type="checkbox"/><br>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/><br>अन्य कोई सबूत |
|--|---|---|--|

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

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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                                   | 2000/-   |

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:**

- 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 सही 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 बात को सहायक तौर पर "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पढ़ा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु वह सर्वत्र की नहीं है, इस तौर पर अधिक या समतल विमता किसी अन्य स्रोत/निरोधककारी 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यायोचर' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रयोग हैं, जिनके "कोशिका" एवम् 'न्यायोचर', धन, धन/सहायता हेतु उद्देश्य से दूसरे प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" न लयायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'न्यायोचर' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**


आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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, in 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.
- हस्ताक्षर/अंगुली की छाप से यहाँ/यहाँ पर "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अधिकृत/अधिकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा विचार अन्य भी सहायक संस्थान या किसी अन्य सहायक संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रयोग केवल उक्त रोगी/रोगी के लिये ही है। सहायक संस्थान या किसी अन्य सहायक संस्थान से नहीं लेना/लेना।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्तगत प्रारूप ही यह प्रस्ताव कि वित्त एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने अपने को यहाँ विनियमिती रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

|  |  |   |
|--|--|---|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन का तिथि<br><br>15 Jul 22 | <br><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b><br>MBBS, MS, FRCS, FICO<br>Consultant in Phaco & Refractive | <br><b>Mr. Lakshminipathi N</b><br>Manager Outreach<br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>हम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी |
|--|--|---|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION      अन्दरिक्त उपयोग हेतु

|   |  |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>न्यायी हस्ताक्षर 1<br><br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>न्यायी हस्ताक्षर 2<br><br> |
|---|--|