

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Preop Postop  
1577 Kempajamma

APPLICATION No. : N/1122/1577 APPLICATION DATE : 15/11/24

NAME of APPLICANT : Kempajamma AGE-YEARS : 65 SEX : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o late chikka-ommegoda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Maddur Taluk, Koppa hobli, Bidan akote

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME : -

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes/No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: Medical Reports/Prescriptions Attached

Sr. No.	Diagnosis / Surgery	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis	RE - PCIO, LE - cataract
2	Surgery	RE - cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DRCS	2000/-

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

- 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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रयोजन नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य धर्मनिरपेक्ष/धार्मिक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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.
  - 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 को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉनर, सहयोगियों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी प्रकरण का निष्पत्ति से उपलब्ध होने वाली या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व त्रस्टियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स त्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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

By affixing her/under, 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षरों को जोर से मसाले/रंगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, बिना हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी साझा रोगी/रोगी या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेषी उक्त रोगी/रोगी से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम सांख्यिक/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य रोगी/रोगी या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी साझा रोगी या किसी अन्य सन्साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सही दिशानिर्देश रोगी एवं हस्पताल को दाने और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संमतुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>15/11/22</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco &amp; Refractive</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr. Lakshmi Pathi N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory) on behalf of Hospital</p>
--	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

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