

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



Preop 1583
postop 1583
Kempamma

APPLICATION No. : N/1122/1583
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 15/11/22
आवेदन तिथि

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

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o marichennaiah
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Hosagavi, Maddur Taluk, Nandyal
Karnataka - 571425

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

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

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

PAN No. स्थाई खाता 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	Devanajke H.M	39	M	Son

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डाक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - PCIOL
2	Surgery RE - 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 तो गई सहायता राशि
1	DBCS	8000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा कर:

- 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 दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई मिथ्या एवं झूठा बयान प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता रद्द की जा सकती है।
 2) मैं इस बात को सहायक प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से स्पष्ट कर रही हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र प्राप्त है।
 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने पिछले समय में या भविष्य में, इस रकम का वापस या सहायक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने सहमतियों को सुनिश्चित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'व्यवस्थापक'" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापक' द्वारा, कसब/कागज/दूरदर्शन से दूरदर्शन/गोपनीयता और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण को इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व 'व्यवस्थापक' को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों में प्रसारित हैं पूर्ण सत्य: सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापक' का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक का हस्ताक्षर या अंगुठी 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से यहाँ पर हमारे द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायक से प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त करने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक से या किसी अन्य सहायक से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस सुनिश्चित करने का अर्थ है कि हस्पताल द्वारा पत्र हेतु सहायता हेतु किसी भी सहायक से या किसी अन्य सहायक से नहीं लोया/लेगी।

- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या बिना गैर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने-अपने को सही निर्णय/रोगी रोगी एवं हस्पताल को होगा और "कोशिका" को कोई चुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/11/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr & Regd. No. with Stamp) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Refractive KMC No. 90244	 Mr. Lakshminarayan Manager Outreach Koshika Foundation (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) राम धर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति हस्ताक्षर 2
---	---