

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1633
आवेदन संख्या : 17/11/22

NAME of APPLICANT : Manashetty
आवेदक का नाम
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68
SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Neam bus stop, Kalagondanahalli,

Kanakapura, Hinasanahalli, Kamanagol.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



PREOP 1633
POSTOP Manashetty

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. साथ में नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएँ) 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती 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 RE - Cataract + PLOL

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 सी गई सहायता राशी
1	DISCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन: दृष्ट चोरणा वर.

- 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 बताना कर रहा हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे अधिकतर यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मदद करूँगा, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना कर रहा हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी, इस राशि का व्ययिक या सरकारी किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से मदद नहीं करूँगा और न ही पक्षीय 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी धारणा को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यवस्थापक' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् 'व्यवस्थापक', दूर, सार्वजनिक दूरदर्शन से जुड़े एक्टिविटीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सधन से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण या हस्ताक्षर या अंगूठे के अंकन से पहले से बिना "कोशिका फाउन्डेशन" से स्वीकृति नहीं है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रचारित है उसे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके 'व्यवस्थापक' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

इससे अधिकतर, हस्पताल की ओर से अनुरोधों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संगठन से उक्त रोगी/रोगीने में ली जा रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोद अस्वीकार/कमल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी तरह उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संगठन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह 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। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को जारी विधेयता रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Handwritten signature of Mr. Lakshmi N

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/11/22

Handwritten signature of Dr. Laxmi Dorennavar
Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
MBBS, MS, FRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
Institute for Diabetic & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
16/M, Thimmaiah Road, Marol Nagar, West End Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Handwritten signature of Trustee 2