

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(सहाय्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: N/1122/1637
APPLICATION DATE: / आवेदन तिथि: 17/11/22

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: Venkataiah
AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 62
SEX / लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कन्या का नाम: Slo chikkamuniyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: Bannimokodlu, Kanakapura Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: Ramnagar district, Karnataka

Same as above



preop 1637 Venkataiah
postop Venkataiah

OCCUPATION / व्यवसाय: Coolie
MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित)

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

PAN No. यहाँ छाया संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यह आप आय कर दाता है (जो सत्य हो उस पर गंभीरता से चिह्नित करें) 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 संबंध
1	Channamma	47	F	wife

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे करने चिह्नित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिनिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - cataract
2	Surgery RE - cataract - 19/10/22

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता चिह्नित 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	DTCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा घोषणा:

- 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 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 घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिलेगी तो यह सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने कभी सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का उचित या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगारकर्ता/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा 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/post-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.
 - 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 धारा पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण, प्रसारण के माध्यम से प्रसारित करने के लिये उपयोग किया जा सकता है। इस प्रकरण में मेरी सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मांगी जा रही है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वाारा 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से नामित/रोजगारकर्ता को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षरकर्ता) वित्त प्रकाश से प्राप्त व स्वीकारा करते हैं।

1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का संभव है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांगी है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/प्रदान हेतु पसंद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्त प्रकाश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्ताक्षर द्वाारा ही सहायता का निर्णय एवं स्वीकार/प्रतिष्ठा का चुनाव होगा एवं हस्ताक्षरकर्ता का ध्यान है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षरकर्ता को रोगी के स्वास्थ्य सुख और अपने कर्तव्य को सही विधि/प्रकार से ही सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भुवि/भार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>17/11/22</p>	<p><i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> Dr. Laxmi Dorennavar (Name) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Refractive</p>	<p><i>Mr. Lakshminipathi N</i> Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पता हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी</p>
--	---	--

FOR HOSPITAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनधिकृत उपयोग हेतु

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p>
	