

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1659
आवेदन संख्या : N/1122/1659
APPLICATION DATE : 18/11/22
आवेदन तिथि : 18/11/22

NAME of APPLICANT : Venkatachala Bovu
आवेदक का नाम : Venkatachala Bovu
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 50
SEX लिंग : M

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Agbanapurka Kasaba Hobli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
Mataralli Taluk Mandya District Karnataka

— same as above



Preop Postop
1659 Venkatachala Bovu

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

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/-
कुल वार्षिक आय : 30,000/-
(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आय कर पहचान संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो कानून जो उस पर घड़ी का निशान लगावे) 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	chandam v	28	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) शरीर के रंग के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	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
0	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery LE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सच नहीं बताया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिले, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस रकम का अंशिक या पूर्ण हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से नहीं ले रहा हूँ 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 & authorize Koshika Foundation and its 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.
- 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.
- 3) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुल्स, रण, पत्रकारिता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरे इलाज के खर्च का सच में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बुल्स उपाय न्यायोपक्ष का अंतिम और अविरोधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के 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.

हमसे अधिकृत, इसकाफी की ओर से समझौतेगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विना प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उका रोपी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उका के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु बन्यु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भद्र उका रोपी/मामले हेतु, किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति को है। रोपी पर हस्पताल द्वारा ले गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोपी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोपी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोपी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/11/22


Dr. Laxmi Dorennavar
(Name M.B.B.S., M.S., M.P.K.S., M.C.O
Consultant - Phaco & Refractive


Mr. Lakshmi Prasad
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
मुख्य चिकित्सक हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INFORMATION OF KOSHIKA FOUNDATION

अनारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2