

Doddahivara

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare) सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1689 APPLICATION DATE : 22/11/22

NAME of APPLICANT : Rabi AGE-YEARS 57 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Satya Narayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : peddapalli village Darganpet KGF bangalore Kotas district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above



PIOP postop Rabi 1689

OCCUPATION : Coolie MARRIED (निष्ठागत) / UNMARRIED (अनिष्ठागत)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/- (Attach Proof of Income)

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

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Table with 5 columns: Sr. No., Name of Family Member, Age (Years), Gender, Relation with Applicant. Row 1: 1, Suman, 27, M, Son.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

Form with four checkboxes: BPL Card, EWS Certificate, Ration Card, Any Other Basis/Proof. Ration Card is checked.

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये किलों का उद्देश्य:

Table with 2 columns: Sr. No., Medical Reports/Prescriptions Attached. Row 1: 1, Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract. Row 2: 2, Surgery LE-Cataract + PCIOL.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Table with 3 columns: Sr. No., NAME of OTHER SOURCE, AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED. Row 1: 1, DBCS, 2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गये सभी विवरण मेरी 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 द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।
3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का आंशिक या सफल विस्थापन किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में सृष्टा।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, साधक/पत्र द्वारा उद्देश्य से चुड़ी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी दूसरे माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा माया विवरण से इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासीयों अधिकृत है।
2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है चुड़ी सत्य, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की 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:
- 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.
- हमने अधिकृत, इसकावरी को और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी या छात्रकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णयित इसका सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंशिक/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्ता संगठन या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद इस रोगी/मामले हेतु किसी या छात्रकारी संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 22/11/22	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Ophthalmology & Refractive KMC No. 90244	 Mr. Lakshminipathin Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 16M, Thimmarasu, Thiruvananthapuram
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासीय हस्ताक्षर 2