

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: N/1222/1871
आवेदन संख्या: N/1222/1871
APPLICATION DATE: 21/12/22
आवेदन तिथि: 21/12/22

NAME of APPLICANT: Kempegowda
आवेदक का नाम: Kempegowda
AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Late Muddegowda
पिता/कन्या का नाम: S/o Late Muddegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Muddegowdama Street Maddur taluk
Koppa Mandya Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above



Pre op Post op
1871 kempegowda

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

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

PAN No. उपलब्ध नहीं है

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं? (को मान्य हो उस पर सही 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)	Manjula	46	M	husband
2)	Sunil Kumar	28	M	son
3)	Bindushree	20	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता को लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा को दोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RT cataract LE cataract
2)	Surgery LE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशी
1)	...	...

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 फॉर्म में दिये 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रार्थना भी नहीं करूँ, जो भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा कर)

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 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक सहायता की शर्त का स्वीकार हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसकी न्यायोधीनता" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोधीनता, दान, वाचना/का दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को सिने बिना भी प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इच्छा के परते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधीनता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् न्यायोधीनता का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कर)**

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 की 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 और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में से कोई एक से ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्ति अधिकृत/सकल हेतु प्रमुख नहीं किया जाता है तो असहायता किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता या मदद लेने उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्तगत सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 21/12/20	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) MD MS FRCS (C) FRCS (S) FRCS (P) Consultant - Plastic & Refractive	 Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) (A unit of Shree Mahila Hospital) # 15/1, Thimman Road, Madhav Nagar, Bangalore
--	--	---

KOSHIKA FOUNDATION

आचारिक उपपत्र हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2