

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0123/2091
आवेदन संख्या : N/0123/2091

APPLICATION DATE : 17/01/23
आवेदन तिथि : 17/01/23

NAME of APPLICANT : Shanthamma
आवेदक का नाम : Shanthamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 55
SEX लिंग : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Malum Taluk, Sertharakanahalli, Hobli,

Hosakote, Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



picap postop
2091 Shanthamma

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : —
कुल वार्षिक आय : —
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. उपर्युक्त खाली संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो मध्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / 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	Shreemivagappa	64	M	Husband

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF - prior LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + Rx

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1	DBS	₹ 1000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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 फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल इस उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो सहायता लेऊँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/produce 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 its 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) स्वयं सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, इसे "सहायता" हेतु प्रचार, प्रकाशन या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पूर्ण या आंशिक रूप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित है।

2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है। सहायता का इस्तेमाल मेरी सहायता इस संबंध में "कोशिका" हेतु प्रचार, प्रकाशन या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept/allowing:

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मार्गदर्शक को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में प्राप्त होगी, जब तक कि हमारे द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त की जाय। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिगत/प्रक्रियागत हेतु प्रदान की जाय, तो हमारे पास होगा कि हमें सहायता मिलेगी अन्य किसी भी सहायता के बिना। इस पुष्टि के साथ हम घोषणा करते हैं कि हमारे पास वित्तीय मदद प्राप्त होगी, जब तक कि हमारे पास हेतु किसी भी सहायता के बिना।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाय, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के इलाज का चुनाव रोगी और हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने स्वयं के तरीके से ही होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

17/01/23

Dr. Laxmi Dorenavar
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Koshika Foundation Trust)
16/1 Thimphu, Bhutan

SIGNATURE of TRUSTEE 1

गोपनीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

गोपनीय हस्ताक्षर 2