

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

W/0123/2160

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chinnathayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Mahadevarah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sankana halli village Alathur

Channarayana karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop

2160 Chinnathayamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10,600/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Mahadevarah	66	M	Itcherry

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किन्ने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE catract LE cattract
2	Surgery RE cattract + PCLAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 लौ गई सहायता राशि
1	DRC	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करे):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना पड़ा जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को कोई भी मदद, भुगतान या सुरक्षा प्रदान करने वाले किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है 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 & 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 fulfilment 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 (आवेदक) आवेदन पत्र पर दिये गए "उद्देश्य" को अंगीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा, प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिये उपयोग में लाया जा सकता है, जिसके माध्यम से कोशिका फाउन्डेशन को धन, दवा, उपकरण आदि की आवश्यकताओं को पूरा करने में मदद मिलेगी।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के द्वारा उपयोग में लाया जा सकता है, जो मेरी सहायता के लिए उपयोग में लाया जा सकता है। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये गए निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**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.

हमारे अंगीकार, हमारा अंगीकार है कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद न ले सकेंगे।

- 1) यह कि न तो हमारे अंगीकार और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दस्तावेज के माध्यम से हम घोषणा करते हैं कि हमारा अंगीकार केवल वित्तीय सहायता के लिए है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय मदद होगी। रोगी का इलाज और उपचार के निर्णय केवल रोगी और हस्पताल के बीच की बात होगी। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज का पूरा जवाबदाारी रोगी और हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भुगतान या सुरक्षा प्रदान करने की आवश्यकता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए हस्ताक्षर

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/11/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Doctor for the Surgery)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 50244

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
16/M, Thiruvananthapuram

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्रथम हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
द्वितीय हस्ताक्षर 2