

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2161

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/01/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gowdamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Shivappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Haraguli Gundlupete (T) Mysore Dist
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य संकेतन)

PAN No. क्याई 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 निशान लगायें)

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 से संबंध
1	Mahadevamma	57	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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
1	Diagnosis RF cataract LF cataract
2	Surgery RF cataract + PCFOI

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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

Pratap
21/1 Gowdamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसे केवल उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस फॉर्म में घोषित किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ले रहा हूँ।

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/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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा सहमत करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टी "कोशिका फाउन्डेशन" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रयोग करे, जैसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा उद्देश्य के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता को प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी इस सहमति को इस प्रकार से प्रयोग करने का अधिकार मेरे द्वारा या मेरे द्वारा के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्रदान किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" को प्रयोग करने के लिये प्रदान किया गया है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की गई जानकारी अंतिम और बाध्यकारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या बाएं तलुआ 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 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 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.

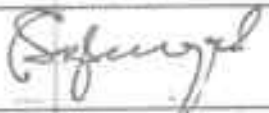
हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणा करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्न सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार है, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिये आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिये प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी अन्य सहायता से नहीं प्राप्त होगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जाती है, उसे हम (हस्पताल) द्वारा ही प्रदान किया जा रहा है। हमारे पास और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है। इसलिए हमें सहायता प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रखना है और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/1/2023	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FFRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive RMC No. 90244	 Mr. Lakshmi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) (A unit of Service Area) # 16/M, Thimphu
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 