

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0123/2165

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/1/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Govinde Gowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Deve Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gundlupete Taluk Palathur

Channarayana Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Preop postop
2165 Govi nde Gowda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

11,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छाता 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 लगावे)

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 से संबंध
1	Gowdamma	68	F	Wife

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) उपभोग्यता 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 contract LE contract
2	Surgery RF contract + PCTD

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 ही गई सहायता राशी
1	N.B.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में पता लगा है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पर भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिक या घटकर किसी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न भी 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 & authorize 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा जारी, दान, धारण करने वाले व्यक्ति से जुड़े पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मैं इसका अर्थ है कि इसका उपयोग करने के लिये या कर के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" के त्रस्टी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को पूर्ण करने के लिये ही प्रयोग किया जा सकता है। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित पत्रिकाओं का निर्माण और प्रकाशित होता है।

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 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, हमारे यहाँ की ओर से 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 किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होती-या-करने में लगे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश के तहत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमारे यहाँ की ओर से सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में हम यह कहना चाहते हैं कि सहायता प्रदान करने वाले कोशिका फाउन्डेशन को सहायता प्रदान करने का पूर्ण उत्तरदायित्व होगा।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने जाने को सही निर्णय देती है एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी उत्तरदायित्व नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sonasthal Hospital Trust)
16/M, Thiruvananthapuram, KeralaDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/11/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive

FOR KOSHIKA FOUNDATION

आवश्यक उपकरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो हस्ताक्षर 2