

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0123/2172 APPLICATION DATE : 19/1/2023
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Subbamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 50 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kathapur Channarayana

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता
same as above

OCCUPATION : House maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,700/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वास्थ्य 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 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 सम्बंध
1				

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 किसे एवं विपरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
1	Drug costs	RC attached LF attached
2	Surgery	RC attached + PCPOL

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 राशी
1	DBCS	2000/-



Preop post op
2172 Subbamma

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वापस प्रमाण पत्रादा है जो मेरी सहायता जिसका मैं मांग रहा हूँ।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि निरासहायता हेतु यह प्रमाणित नहीं है, जो इस उद्देश्य के अतिरिक्त या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या जो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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 प्रकरण या अपने स्वास्थ्य या आगे के उपचार सम्बन्ध में (आवेदक) अपनी जानकारी को प्रुटि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दूर, वाचनात्मक दूर उद्देश्य में कुछ विभिन्नियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" में प्रत्यक्ष अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग हैं उन्हें स्वतः सहायता या उपचार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से प्रयोग और वाचनात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को स्वास्थ्य या आगे के उपचार के लिये

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

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 ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिस पर (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करता है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जो कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधिगत रूप से मांग में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाती है/प्रदान की जाती है तो हमारा विचार और निरासहायता संभव है कि किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रुटि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा विचार और निरासहायता हेतु किसी भी सहायता प्रदाता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेना।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया प्रुटि की है। रोगी पर हमारा विचार और निरासहायता प्रदान की जाती है/प्रदान की जाती है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा विचार और निरासहायता प्रदान की जाती है/प्रदान की जाती है और "कोशिका" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस प्रकरण में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संलग्नित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/01/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Sree Eye Care Trust)
16/M, Thimmasai Road, Near Park Bed Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायो हस्ताक्षर 2