

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्यक देण्डभाल)



Building Stock of life.

APPLICATION No. : 13/1025/2208
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/10/24
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Boregawda
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 78

SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : 210 Lingegawda
पिता/कटुम्ब का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : शान्ति अग्रवाणी पहा
Shanuborgamkalk 00 Kudgal (M)

Ramanagara (R) Bangalore South (CA)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पहा

OCCUPATION : Un Employed
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Lakshmanamma	68	F	wife

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबन्धन सूची संलग्न
1	Dignosis: RT- Cataract LE- Cataract
2	Surgery: RT- Cataract + P IOL

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 कौी गई सहायता राशी



Pre op post op
2208-Boregawda

DECLARATION by APPLICANT: अर्सेक ह्यु घोषणा यः

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता अथवा सत्य नहीं रहता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में कभी भी, इस राशि या अंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये जाय और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्सेक ह्यु करता)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अर्सेक ह्यु करता हूँ कि मैं (अर्सेक) अपनी सहमति के साथ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हे "कोशिका" एन.जी.ओ., दान, प्रायोजन हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति में प्रत्येक के लिये या कर से करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्सेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रकाशित है, उन्हे कभी भी सहायता का इस्तेमाल नहीं करेगा। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एन.जी.ओ. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्सेक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु करता)

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.

हमने अधिभूत, हस्ताक्षर की और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/मिलने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/किसी उपाय के माध्यम से "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तीय/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में हम यह घोषणा करते हैं कि अस्पताल द्वितीय प्राप्त उपाय/उपायों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं लेना/लेने।

2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो सहायता प्राप्त किया/किया जायेगा, उन्हे न तो सहायता संगठन द्वारा ही नहीं सहायता संगठन का चुनाव/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल न उन्हे के सहायता संगठन और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी उन्हे एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

Signature

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
24/10/21

Dr. PREETU B.K.
M.B.B.S. D.O. F.I.C.C. F.P.S.C.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर के साथ मुद्रा

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
उपरोक्त ह्यु द्वारा हस्ताक्षर अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु
Koshika Foundation (Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1
Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2
Signature