

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/2257
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/1/23
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Ramakka
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: L/o Thimmagowda
पिता/हटुम्य का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Pogjeramanahalli Bangalore
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop postop
2257 Ramakka

OCCUPATION: home maker
व्यवसाय:

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: -
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मन्व 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 के साथ सम्बन्ध
1	Thimmagowda	67	M	husband

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

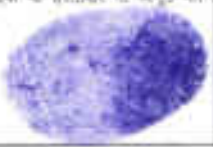
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof 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 RE Cataract ZE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCICOL

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 ले गई सहायता राशी
1	DUES	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन सत्यता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं इस से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से उसे का रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में था। 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न सहायता हेतु यह प्रत्यक्ष की गई है, इस उद्देश्य का आर्थिक या अन्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।	
AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबल): 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/post-up/republish 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 in this regard will be final and acceptable to me.	
1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपक्ष" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रकाश, चित्र, प्रसारण, दूरदर्शन से किये जा सकने वाले विभिन्न माध्यमों से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के रहने या न रहने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व के प्रसारित करने में कोशिका फाउंडेशन का अधिकार नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित विवरण का निरीक्षण और प्रतिक्रिया होगी।	
APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION : आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप	
	
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल): 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 और से घोषणा करने को "कोशिका फाउंडेशन" से निम्न सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निम्न सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विचारित/निर्धारित इलाज के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार से नहीं मिलती है तो हमारा इलाज किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वारा मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होने में कोशिका फाउंडेशन का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी नहीं होगी। 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी निम्न प्रकार की है। हमारे पर हस्पताल द्वारा ही निर्णय लिया जायेगा कि हमने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव क्यों एवं हस्पताल के चिकित्सक का निम्न है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे से इलाज सुचारु और अपने अपने को जारी रखने की पूर्ण एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।	
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 26/1/23	Dr. Laxmi Dorennavar (Name of the Surgeon) MBBS, MSc, FRCS, FICO Consultant - Plastic & Refractive KMC No. 20214
Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name of the Authorized Signatory) (A unit of Shree Narayana Trust) # 15/16, Thimmaiah Road, Miller Park, And Anna	
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION	
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2
	