

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या :

8/0124/2259

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

25/1/24

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम

Gowamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष

70

SEX / लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहस्र का नाम

w/o Lingegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता

Ananahalli Kallahalli, Kanakpur

Ramanagar Komatales

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थाई आवासीय पता

Same as above



proof pastp
2259 Gowamma

OCCUPATION / व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय

-

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

PAN No. / पैन नंबर

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

No

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 | Lingegowda | 72 | M | Husband |
| 2 | Soujanya | 30 | F | Daughter |

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) ऊच्च आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|---|--|---|--|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीविलेन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1 | Diagnosis RF - cataract LE - cataract |
| 2 | Surgery LE = Cataract + PIOL |

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 तो गई सहायता धरती |
|------------------------|---|---|
| 1 | DBCS | 2000 /- |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

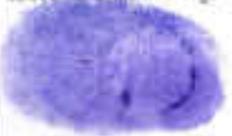
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बाधा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेनी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में कहा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले सकूँ और न ही अधिकारियों से माँगूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण):

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायीयों, दान, सहायता या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का निरस्त न हो इसके बाद भी पैसे या धन से धारण के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को प्राप्त करने में प्रयोग है उसे सत्य; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवं न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण):

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और न सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउन्डेशन" से निधि प्राप्त होने के लिये घोषणा की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार से सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का दावा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/उपलब्धियों के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल किसी भी प्रकार से सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपचार द्वारा ही नहीं किया जायेगा किन्तु उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ होंगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्तुति

(Signature)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
25/1/24

Dr. Laxmi Dorenavat
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Rhaco & Refractive
KMC No: 90244

Mr. Lakshminpathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1
(Signature)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2
(Signature)