

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0123/2283 APPLICATION DATE : 31/01/23
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : AGE-YEARS आयु-वर्ष SEX लिंग
आवेदक का नाम Gowamma 60 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/हस्तुष का नाम w/o Muniyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Gangadhamapura, Dod Ballapura
Bargalure Rural, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय - (आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 निशान 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 सम्बन्ध

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) 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 RF - prior LE - Cataract
2	Surgery LE - cataract - 1 prior

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/-



DECLARATION by APPLICANT: **अवेदक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निधे/कर्म/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथार)

- 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 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 प्रश्न पर अपने इच्छा या जगते को छाप साकार, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, साधनाया द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को अपने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का इकाएर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (H400H DU WUX)

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 समर्थकों की ओर से पंजाब/रोपी को "कोरोना काउन्टडाउन" से निर्दोष छड़ाया हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इम्पैक्ट) विम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिन्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी/पासले में ली या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से विचारविनिर्गति उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्ग अर्थात्/सफल हेतु प्रमुख नहीं किया जाय है तो सम्भवत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि सम्भवत द्वितीय पदर उक्त ऐंटी/पासले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं ली/लीगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐंटी पर सम्भवत द्वारा ही गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु ऐंटी एवं सम्भवत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्भवत में ऐंटी को इत्यत्र सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं सम्भवत की होगी और "कोशिका" की कोई प्रवृत्ति या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

31/10/23

Dr. Laxmi Dorennavar
 (Name of Dr. N. B. Ragn. No. with Seal)
 Consultant - Ophthalmology & Refractive

Mr. Lakshminipathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Name of the Hospital

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

स्यात्तु इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2