

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0124/2284

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/01/2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bettegowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

76 yrs

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

8/o Late Buddappana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chowdegowda, Bettahalli, Nerabakere,

Srirangapatna, Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre-op Post-op  
22/8/24 Bettegowda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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

हां / नहीं

No

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 से संबंध
1.	Nagamma	66 yrs	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए किस आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोज के लिये 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) रसपत्रिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवृत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

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 सी गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करना:**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य वाचन अथवा राधा का है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह व्यय नहीं है, उस व्यय का अंशिक या पूर्णतः दिनांक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 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 हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यवसायियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह माध्यमों से सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए प्रयोग करेगा। इस प्रश्न में मांगी गई सहायता के लिए मेरी जानकारी के अनुसार सहायता हेतु प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निरास मेरे प्रश्न के लिये या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व गारंटी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे प्रसारित करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके 'व्यवसायियों' का निरास अंशिक और सहायता नहीं होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से 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 वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना होगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में हमें अपने अभाव पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रखता है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lakshmi*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>25/01/2024</i>	<p><b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> • MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant in Phaco &amp; Refractive KMC No: 90244</p>	<p><b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach (Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory (A unit of (on behalf of Hospital) Trust.) KMC No: 90244 KMC No: 90244</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 1 <i>[Signature]</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्येष्ठ हस्ताक्षर 2 <i>[Signature]</i>
---	---