

11/09/23



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0124/2318** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **31/01/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Nenkatachachari** AGE-YEARS आयु-वर्ष: **65** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्य का नाम: **S/o Late. Bettachari**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता: **Kosaba Hobli, Bheemarabedde**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता: **Chamarajanager Koonatala**

Same as above

OCCUPATION / व्यवसाय: **Coolie**

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **24,000/-**



preop 2318 postop Venkatachachari

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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 संबंध
1	Siddamani	61	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे नये निम्नी 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 LE-cataract + piro

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इसी हेतु सहायता राशि
1	B	

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अथवा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता से मुझे मदद नहीं कर रहा हूँ। मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य सहायता से मुझे मदद नहीं करूँगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लू. द्वारा, दूर, पावर/प्रिंट/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से प्रसारित करने के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा प्रसारित करने के लिए प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकृत नहीं करता। इस प्रपत्र में "कोशिका" एम्प्लू. द्वारा उल्लिखित उद्देश्य अंतिम और अविरोधी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.
- हमारे अधिकृत, इससे अधिकृत की ओर से, हस्ताक्षर/छाप को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय 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 से या किसी अन्य स्रोत से उभरती/पान करने में सक्षम या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उभरती/पान करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अर्थ/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमें सहायता हेतु अन्य सहायता से या किसी अन्य सहायता से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हमें सहायता हेतु उभरती/पान करने हेतु किसी भी सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं ले पाएंगे।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सहायता या निदान एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को सहायता प्रदान और लेने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार करने के लिए अनुमति

Date of Surgery
उपरोक्त की तारीख
31/01/2024

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Cataract & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हमारे डॉ. का नाम और हस्ताक्षर के साथ

Mr. Lakshminathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
हमारे डॉ. का नाम, पद और हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायीय हस्ताक्षर 2