

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0223/2319

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

03/02/23

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Rajanna . N

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

S/o Narayanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chikrapura, Muttugadaballi Post,

Nayasanandra Hobli, Tumkur Taluk, Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Karnataka

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

—

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

PAN No. पैन 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
1	Yashedhamma	58	+	Wife
2	Rajendra . C . R	34	M	Son

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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता 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 LE- P10L
2	Surgery RE- Cataract + P10L

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 लेई गई सहायता राशि



Preop Postop
2319 Rajanna N

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक ह्यु फॉर्म फॉर)

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता को "कोशिका फाउंडेशन", से ही प्राप्त करूँगा, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता को न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिये हूँ और न ही लिये हूँ और न ही लिये हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक ह्यु फॉर्म)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 मुद्रा के द्वारा, मैं (अर्शेक) यहाँ पर सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और उसके ट्रस्टियों को मेरी जानकारी, पता, फोटो और अन्य विवरण इस उद्देश्य के लिये उपयोग करने के लिये अधिकृत हैं, जो इस फॉर्म में बताया गया है। यह उपयोग किसी भी माध्यम से किया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि शामिल हैं, जोशिका फाउंडेशन और/या उसके ट्रस्टियों को दानों को एकत्रित करने के लिये और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिये।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्य के लिये उपयोग किया जा रहा है, मेरी सहायता के लिये स्वतः सहायता का हक्क नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक का हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल ह्यु फॉर्म)**

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हम यहाँ पर, हमारे अधिकृत अधिकारी के हस्ताक्षर के द्वारा, "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले/रोगी के लिये वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत से प्राप्त की जाय, जोशिका फाउंडेशन से प्राप्त की जाय, जहाँ तक कि सहायता कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रदान की जाय। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाय, तो हस्पताल को अपने अभाव को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाय है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिये कोशिका फाउंडेशन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या चिकित्सा उपचार के लिये हस्पताल को पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्पताल को रोगी को उपचार प्रदान करने और अपने कर्तव्य को पूरी निष्ठा से निभाने की ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अर्शेक की तारीख

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
M.D. (MS), FRCR, FRCO
Consultant
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व. हस्ताक्षर व. मुद्रा

Mr. Lakshminath N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2