

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **310224/2313**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **6/12/24**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Venkatappa**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **624**

SEX / लिंग: **m**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्न्या का नाम: **Shri Venkabhadrappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवास पता: **Bellur Hoballi, Kumbaspalya, 1, Nagathihalli, Nagasargala, Mandya, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवास पता: **11**



PREV-OP / POST-OP: **2713 Venkatappa**

OCCUPATION / व्यवसाय: **coolie**

MARRIED (विवहित) / UNMARRIED (अविवहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **22,000/-**

(Attach Proof of Income / आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. / आय कर पहचान संख्या: **11**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगायें): No

Yes / No / हा / 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 के साथ संबंध
1	Brangamma	544	F	Wife

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के सदस्यों के नामों के आधार पर (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	diagnosis - RE cataract RE cataract
	surgery - RE cat + PC IOL

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 / ली गई सहायता राशि
1	OBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं बाकी अवश्य प्राप्त ज्ञात है जो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह व्यय किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा 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/post-up/produce 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 enable 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 का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी के मुताबिक सत्य एवं सही "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्लेम, नाम, पता, पताकाया द्वारा उद्देश्य से जुड़ी विज्ञापितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में बाध के रूप में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्ब्लेम, नाम, पता, फोटो और विवरण का प्रयोग और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वाारा करार)

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 अन्य स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के संबंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अधिकृत/कामला हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत/रोजगार से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुताबिक में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा प्राप्त उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संबंध या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्राप्त मिलित प्रकृति की है। जो या हस्ताक्षर द्वाारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए अस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने को जारी विन्मोचनी रोगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Handwritten signature of Mr. Lakshimpathi A.

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
6/2/24

Dr. Laxmi Dorenavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant
हस्ताक्षर का-उप-रोगी इलाज में रजि. नं.

Mr. Lakshimpathi A.
Manager Outreach
Institute for Specialized Eye Care
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Eye Hospital)
#15/M, Thimmaiah Road, Chhatrapati Shivaji Maharaj Eye Hospital, Pune, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1
Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
Handwritten signature of Trustee 2