

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: 13/0224/2483		APPLICATION DATE: 13/2/24		
NAME of APPLICANT: puttalingarab		AGE-YEARS: 83	SEX: m	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: slo ningarah				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: maddannahundi village, Hangala Hobali, Beraobade, Gundlupet taluk, Channarayana				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Karamanna				
OCCUPATION: unemploye		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: 20,000/-		(Attach Proof of Income)		
PAN No. ☒ Yes ☐ No				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes ☐ No				
FAMILY DETAILS: परिवार विवरण				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Karagamma	654	F	Wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
☒ APL Card (Attach Card Copy)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	☒ Ration Card (Attach Copy)	☒ Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1	Diagnosis	RE cataract		
		LE cataract		
	Surgery	RE cat + PCTO		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	DBCS	20000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि भविष्य में मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम लेऊंगा और न ही भविष्य में लूँगा।

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 its Trustees to use/publish/post-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 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 का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, एन. चक्रवर्ती द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम, यहाँ पर लिखित और मुद्रित, प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी सहमति के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" या न्यायी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी 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 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ पर अंगूठे का निशान लगाकर, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/प्राप्त की उक्त मदद के बिना "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद ले ली है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियमित/अस्वीकार/अपूर्ण है तो हमस्पताल किसी अन्य स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी और स्रोत/रोजगार या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुख और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अस्वीकृति के लिए, संस्तुति



Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

Institute for Deafness & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
जान व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

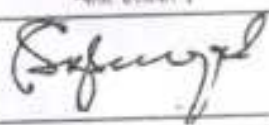
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/2/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Consultant - Plastic & Reconstructive
RMC No. 90244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2
