

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0323/2767

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03/03/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kempamma

AGE-YEARS आयु वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

w/o Late Thimmiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Angadigere, Mayasandra hobli,

Tumakore Taluk Tumkur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above


 Preop Post op
 2767 Kempamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्ष्य संलग्न)

AN 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

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	Naganna	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्ष्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किया गया 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 - cataract
2	Surgery RE - Cataract + PROLL

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 ली गई सहायता राशी
1	DBTS	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 प्रारूप में दिए गए सभी विवरण सही (सत्य) हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदन और जारी सहायता को अयोग्य कर देगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता प्राप्त करने के लिए "उद्देश्य" के रूप में इस प्रारूप में घोषित किया जाएगा, जो इस प्रारूप में दिया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता प्राप्त करने के लिए नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा, किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त करने के लिए इस प्रारूप में घोषित किया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

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 प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, दूरदर्शन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रारूप का उपयोग मेरे उपचार के पूर्ण होने के बाद भी करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है, पूर्णतः सहायता को हासिल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा किया)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्बंधित 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 संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/करने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश प्राप्त करने के माध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश/विनिर्देशन हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि से स्पष्ट बना जाता है कि हस्पताल द्वारा ही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा और हस्पताल को ही सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने की ज़िम्मेदारी होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा और हस्पताल को ही सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने की ज़िम्मेदारी होगी। इसीलिए हस्पताल में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने स्वयं की सारी ज़िम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमत

Date of Surgery

उपचार का तारीख

03/03/23

For

Dr. Lexmi Dorennavar

(Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)

Consultant - Plastic & Refractive

Mr. Lakshmipathi N

Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Shreeganga Eye Care, India)

18/M, Thimmlah Road, Model Town, Badli Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2