

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : <u>N/0323/2023</u>		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : <u>17/3/23</u>		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : <u>Venkatesha</u>		AGE-YEARS आयु-वर्ष <u>58</u>	SEX लिंग <u>M</u>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : <u>S/o Late Maridasaiah</u>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता <u>No 83 Marshalli Mandya Karnataka</u>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता <u>same as above</u>				
OCCUPATION : व्यवसाय : <u>28000/- Cooker</u>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <u>29,000/-</u>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) : <u>Yes/No</u>				
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
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार				
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नकल प्रदान करें।		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे क्या विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis <u>RE Colonact</u> <u>LE Colonact</u>			
2	Surgery <u>RE Colonact + PCIOL</u>			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता पाविका "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में परा गत है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल जिससे किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ली गयी है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट हैं, उसे "कोशिका" एफएम न्यासीय, राज, वाचनालय दूरों उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों पर पढ़ते या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वयः सहाय्य का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन को इजाजत या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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.

- इसके अतिरिक्त, इसकाफी की ओर से मांगे/देगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (इसकाफी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1. यह कि न तो कांसेस और न ही पब्लिस में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंगी/मानस में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निरन्तर/विपरीत उक्त के मान्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अतिरिक्त/सहाय हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मरर उक्त ऐंगी/मानस हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंगी पर इस्पताल द्वारा भी गई सहायता किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क ऐंगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकब नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐंगी के इलाज सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पब्लिस या विपरीत/इस मानस में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसक्ति

Date of Surgery 17/3/23	Dr. Lakmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) MBBS MS FRCS FICO Consultant in General & Refractive 2023-2024	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Deaf & Hearing Care (A Unit of Sri Lanka Mission, U.S.) 100, Thimelash Road, Miller Tank Bad Area Colombo 05, Sri Lanka
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी इस्तफा 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी इस्तफा 2	
		