

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

Building block of life.

APPLICATION No. : 13/0324/2929

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 12/3/24

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : chikkegowda

आवेदक का नाम

AGE-YEARS 68y

उम्र-वर्ष

SEX m.

लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : glo Beth gowda

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : yadahunde village, katapur, Gurudhapur taluk, channarayana nagar, Karnataka.

वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : 11

स्थायी आवास पता

OCCUPATION : unemployed

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 10,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो माना 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	Dundamma	53y	F	Wife
2	Kumar	35y	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)

अल्प 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 साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/दवाखाना से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1

Diagnosis

AF-cataract

2

AF-cataract

AF-cataract

3

AF-cataract

AF-cataract

4

AF-cataract

AF-cataract

5

AF-cataract

AF-cataract

6

AF-cataract

AF-cataract

7

AF-cataract

AF-cataract

8

AF-cataract

AF-cataract

9

AF-cataract

AF-cataract

10

AF-cataract

AF-cataract

11

AF-cataract

AF-cataract

12

AF-cataract

AF-cataract

13

AF-cataract

AF-cataract

14

AF-cataract

AF-cataract

15

AF-cataract

AF-cataract

16

AF-cataract

AF-cataract

17

AF-cataract

AF-cataract

18

AF-cataract

AF-cataract

19

AF-cataract

AF-cataract

20

AF-cataract

AF-cataract

21

AF-cataract

AF-cataract

22

AF-cataract

AF-cataract

23

AF-cataract

AF-cataract

24

AF-cataract

AF-cataract

25

AF-cataract

AF-cataract

26

AF-cataract

AF-cataract

27

AF-cataract

AF-cataract

28

AF-cataract

AF-cataract

29

AF-cataract

AF-cataract

30

AF-cataract

AF-cataract

31

AF-cataract

AF-cataract

32

AF-cataract

AF-cataract

33

AF-cataract

AF-cataract

34

AF-cataract

AF-cataract

35

AF-cataract

AF-cataract

36

AF-cataract

AF-cataract

37

AF-cataract

AF-cataract

38

AF-cataract

AF-cataract

39

AF-cataract

AF-cataract

40

AF-cataract

AF-cataract

41

AF-cataract

AF-cataract

42

AF-cataract

AF-cataract

43

AF-cataract

AF-cataract

44

AF-cataract

AF-cataract

45

AF-cataract

AF-cataract

46

AF-cataract

AF-cataract

47

AF-cataract

AF-cataract

48

AF-cataract

AF-cataract

49

AF-cataract

AF-cataract

50

AF-cataract

AF-cataract

51

AF-cataract

AF-cataract

52

AF-cataract

AF-cataract

53

AF-cataract

AF-cataract

54

AF-cataract

AF-cataract

55

AF-cataract

AF-cataract

56

AF-cataract

AF-cataract

57

AF-cataract

AF-cataract

58

AF-cataract

AF-cataract

59

AF-cataract

AF-cataract

60

AF-cataract

AF-cataract

61

AF-cataract

AF-cataract

62

AF-cataract

AF-cataract

63

AF-cataract

AF-cataract

64

AF-cataract

AF-cataract

65

AF-cataract

AF-cataract

66

AF-cataract

AF-cataract

67

AF-cataract

AF-cataract

68

AF-cataract

AF-cataract

69

AF-cataract

AF-cataract

70

AF-cataract

AF-cataract

71

AF-cataract

AF-cataract

72

AF-cataract

AF-cataract

73

AF-cataract

AF-cataract

74

AF-cataract

AF-cataract

75

AF-cataract

AF-cataract

76

AF-cataract

AF-cataract

77

AF-cataract

AF-cataract

78

AF-cataract

AF-cataract

79

AF-cataract

AF-cataract

80

AF-cataract

AF-cataract

81

AF-cataract

AF-cataract

82

AF-cataract

AF-cataract

83

AF-cataract

AF-catar

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 प्रारूप 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 द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या समकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/बीमा कम्पनी से न ले लिया है 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/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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से उपलब्ध/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 और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनंति अंतिम/सफल हेतु बनुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर 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 सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach

(Name of the Authorised Signatory
of the Hospital/Trus.)
16th, Trus, High Road, Jharkhand, Bed Area

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/3/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Plastic & Reconstructive
KMG No: 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2