

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0823/2973

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

21/3/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Virupaksha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

s/o Siddagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

959 Old Balaji Layout Bhuvaneshwari
Hosur Uttarahalli Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सॉफ्ट खता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए दिवंगत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 साधन
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis PE Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCTOL

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 ले गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-



Preop

Postop

Virupaksha

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका द्वारा 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 प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं है अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से स्वीकार करता हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से पूर्ण या आंशिक रूप से नहीं हूँ, अन्य स्रोतों का उपयोग किसी अन्य व्यक्ति/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न हो सके है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने सहयोग को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, चर, साक्षात्कार, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और प्रतियोगिताओं के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रस्तुत है पूर्ण सत्य, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगुली 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से करने/गोपनी को "कोशिका फाउंडेशन" में विवरण सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विवरण सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" में सिफारिश/विवरण प्रदान की संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अतिरिक्त/सहायता हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ले रहे सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्तगत द्वारा ही यह सहायता या किसे यह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज द्वारा और अपने जाने को सभी निम्नकारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या निम्नकारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/3/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम, न. हस्ताक्षर, व. रजि. नं.

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Koshika Foundation Trusts.)
16/M, Thimmaran Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2