

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)																																																													
APPLICATION No. : 3/0304/2995		APPLICATION DATE : 15/3/24		 Koshika foundation Building block of life.																																																													
NAME of APPLICANT : Basavaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 68																																																															
FATHER/HUSBAND'S NAME : w/o Nanjaiah		SEX लिंग : M																																																															
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Jakkanahalli, Tumkur, Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above																																																															
OCCUPATION : Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		 Preop Postop 2995 Basavaiah																																																													
TOTAL ANNUAL INCOME : 29,000/-		(Attach Proof of Income)																																																															
PAN No. : [Blank]		(Attach Proof of Income)																																																															
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):		Yes / No																																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">FAMILY DETAILS परिवार विवरण</th> </tr> <tr> <th>Sr. No. क्रम संख्या</th> <th>Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम</th> <th>Age (Years) उम्र (वर्ष)</th> <th>Gender लिंग</th> <th>Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						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																																																		
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																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)</th> </tr> <tr> <th colspan="4">सहायता के लिये विवरण आधार</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☒ Ration Card (Attach Copy) रेशना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) </td> <td> ☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य </td> </tr> </tbody> </table>						BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				सहायता के लिये विवरण आधार				☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) रेशना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)																																																																	
सहायता के लिये विवरण आधार																																																																	
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) रेशना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:</th> </tr> <tr> <th colspan="2">सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sr. No. क्रम संख्या</td> <td>Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Diagnosis RT Cataract LE Cataract</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Surgery LE Cat Scl + P.I. [unclear]</td> </tr> </tbody> </table>						"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:		सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:		Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न	1	Diagnosis RT Cataract LE Cataract	2	Surgery LE Cat Scl + P.I. [unclear]																																																		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:																																																																	
सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:																																																																	
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रियाएं सूची संलग्न																																																																
1	Diagnosis RT Cataract LE Cataract																																																																
2	Surgery LE Cat Scl + P.I. [unclear]																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3">ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES</th> </tr> <tr> <th colspan="3">इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sr. No. क्रम संख्या</td> <td>NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम</td> <td>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>DRCS</td> <td>2000/-</td> </tr> </tbody> </table>						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 ली गई सहायता राशि	1	DRCS	2000/-																																																
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 ली गई सहायता राशि																																																															
1	DRCS	2000/-																																																															

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 प्रकल्प में दिये गये सभी विकास परी जानकारी को अनुसृत सत्य एवं सही है। यदि कोई विकास एवं ग्रामन अग्रिम पाया जाता है तो परी सहायता निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फंडाईशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण को लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या सकल विस्तार किसी अन्य प्राय:निर्वाहक/योग्य कम्पनी से न ली जाये और न ही धंधिये में लुप्त।

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 fulfilment 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 is in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादय दूसरे उद्देश्यों से जुड़े गतिविधियों और उद्घाटनियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले का कर मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि हस्ताक्षर के उपरान्त से घोषित है मुझे स्वतः हस्ताक्षर का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अर्थशास्त्र के अन्तर्गत आने वाले विषयों का विवरण



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी 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 गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सकल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
- 2- "कोशिका फाउन्डेशन" से ली 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 प्रस्ताव का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminathi N

Managerial Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

साम व पद सम्पत्तित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Plastic & Reconstructive
Surgery, KMC, Nagpur

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्लिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हाताधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: _____

15-08-2023