

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/25/1834

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

13/4/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Appajigouda

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

76

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/o Ninge Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, गाँव का पता

Tachere Masaya Annateka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास का पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय का पता

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

क्या आप आय का दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

Yes / No

हाँ / 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 से संबंध
1	Chikhamara	12	M	Life

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रिकार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदरवाजा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Diagnosis IF Cataract
2	Surgery IF Cataract + Pterygium

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिलेगा या नहीं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई राशि सहायता मिली

pre op. post op
1835 Appajigouda

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक भ्रम या झूठ साबित होता है तो मेरी सहायक निधि को न मिलनी है।
- 2) मैं इस बात को अवश्य यकीन "अर्थिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या उद्देश्य को नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य प्रोटीजोक्शन/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/republish/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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकार मैं अपनी हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान देकर (अर्शक) यहाँ स्वीकृति दे रहा हूँ कि "अर्थिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, इसे "अर्थिका" नामक माध्यमों, जैसे कि प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, द्वारा, जिससे दानों को आमंत्रित किया जा सके और/या जानकारी को फैलाया जा सके। इस प्रकार मेरे नाम और विवरण का उपयोग मेरे उपचार से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए दिये जा रहे हैं, स्वतः ही मेरी सहायता के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए "अर्थिका फाउन्डेशन" को अधिकृत कर देंगे।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

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.

इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "अर्थिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से गारंटी दे रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) इस सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं।

- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और हमारे भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं। यदि हम (हॉस्पिटल) को सहायता नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "अर्थिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, उसे हम (हॉस्पिटल) को ही लेना होगा और हम (हॉस्पिटल) को ही उसका उपयोग करना होगा। हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम (हॉस्पिटल) को सहायता प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

OUTREACH HOSPITAL**DIABETES & EYE HOSPITAL****FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम (हस्ताक्षर) 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम (हस्ताक्षर) 2