

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No. : 13/0925/1966

APPLICATION DATE : 25/9/21

NAME of APPLICANT : Devanna

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Hanegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Karakapura Hanegowda
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

11

OCCUPATION : Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : उपर्युक्त स्थान खाली

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

हाँ/नहीं (हाँ/नहीं के अनुसार तिक्राने में से एक को चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदक को किस आधार पर सहायता दी जा रही है

BPL Card (Attach Card Copy) महोदय कार्ड के साथ प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र के साथ तिक्राने में से एक को चिह्नित करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र के साथ तिक्राने में से एक को चिह्नित करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र के साथ तिक्राने में से एक को चिह्नित करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदक को किस उद्देश्य के लिए सहायता की जा रही है

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिपत्र प्रस्तुत करें
1	Diagnosis MR - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PLOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले रहे 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दया गया होगा तब तब ही मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने कदापि ऐसा नहीं किया है, जो कि मेरी मदद के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो सके हो और न ही भविष्य में ऐसा करूँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रपत्र पर विवरण के अनुसार मेरे फोटो का प्रयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि कदापि मेरे अधिकारों से अधिकृत है मुझे प्राप्त। कदापि मेरे अधिकारों को "कोशिका" द्वारा उनके अधिकारों का निर्णय नहीं करेगा और कदापि नहीं करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार)

- 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 यहाँ घोषणा की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में प्रमाणित करने के लिए स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलेगी। यदि सहायता पूरी नहीं मिलेगी, तो हमें सहायता के अभाव में किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे हमें स्पष्ट होना चाहिए कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार प्रपत्र में उल्लिखित है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हस्पताल हस्पताल में रोगी के उपचार का पूर्ण उत्तरदायित्व लेती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

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

(A unit of Sri Satcha Eye Hospital Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI. S.

MBBS, D.O., FGO, FRCO

Senior Consultant and Refractive

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

आपका नाम, पता व-डिजाइन व-टि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

[Signature of Trustee 1]

[Signature of Trustee 2]