

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 3368
आवेदन संख्या: B/0126/3368

APPLICATION DATE: 30/1/20
आवेदन तिथि: 30/1/20

NAME of APPLICANT: Bemakappa
आवेदक का नाम: Bemakappa

AGE-YEARS: 62
SEX: M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Inokappa
पिता/पत्नी का नाम: S/o Inokappa



pre op postop
3368 Bemakappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.NO - 29, Ward NO-4 KHD colony, Aminnagar, Bagalkot, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - - -

OCCUPATION: Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/-

(Attach Proof of Income)

PAN No. & ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Yes/No)

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
/				

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card	<input type="checkbox"/> EWS Certificate	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: cataract

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery LE cataract + P.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
/		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण झूठ कथन अथवा गलत बात है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने आगे से न तो भविष्य में, न ही भविष्य में कभी भी, किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो भविष्य में मदद के लिए है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण भ्रम प्रसारण को करने या कर देने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आगे के उद्देश्यों में प्रकाशित है, प्रचार, प्रसारण का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से भवने/होपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से उम्मीद कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु उम्मीद की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती नहीं है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय भरण उम्मीद कर रहे हैं, जो कि हमें अकेले ही पूरा करना पड़ेगा।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता दिया है। इससे हमें "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने का कोई उम्मीद नहीं है। इसलिए हस्पताल में मेरी को इलाज प्राप्त और पूरा करने की मेरी जिम्मेदारी मेरी ही हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Handwritten signature of Mr. Lakshmi Pathi N

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

Vasathanagar Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन का तारीख

30/1/26

Dr. PREETHI. B.K

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

डॉक्टर का नाम व इलाका नं. तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अधीन इलाका 1

Handwritten signature of Trustee 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अधीन इलाका 2

Handwritten signature of Trustee 2