

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B10423 10140

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/4/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mariyappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

H

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Marasimaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#122 HCT quarters Mysore Road
New timber yard beyond Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cookie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आयदा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो 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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सुरक्षित रेशीम 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE 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 सी गई सहायता राशी
1	DEBCS	2000/-

Preop Postop
0140 Mariyappa

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 यहाँ पर कबत हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अन्य अवश्य कहा जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात स्थापना यह कि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी इद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का वापस या समकत किसी अन्य स्रोत/निधे/व्यक्ति/कम्पनी से न हो लिये है और न ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to form)

- 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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, वार, वाचक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों को लिखे बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के खाले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोक्त है पूर्ण स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसकी न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आविष्कार की हमलक्या या अंगुलि का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कब्र)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kothika 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 व्यक्तिगत, हमलापनी की ओर से मानव-संघर्ष को "कोशिका फायनेटिक्स" से विभिन स्थापित होत मिश्रितिक की जाती है, जिसे हम (हमसुल) निम्न प्रकार से मान्य न प्रतीका करते हैं:

- 1) यह कि न तो संसोधन और न ही पोलिस में विविध सहायक किसी भी साक्षाती संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च रेटेड/मार्ग में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में विकसित/विभिन्न उच्च के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बरकरा हेतु कि है; यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विविध अधिकाधिक/मार्ग हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो असम्भव किसी अन्य भी साक्षाती संस्था या किसी अन्य सहायक में सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि असम्भव द्वितीय बरकरा उच्च रेटेड/मार्ग हेतु किसी भी साक्षाती संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेते हैं सहायक केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर सम्भवतः द्वारा ही यह संस्था या बिने एवं उच्च/अधिक का चुनाव ऐसी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी के इलाज मुद्रा और जाने जाने को सही विम्वेदनी ऐसी एवं सम्भवतः को होगी और "कोशिका" को कोई अधिक या विम्वेदनी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

समीक्षणी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12 | 4 | 23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Skin & Reproductive
Medicine

Mr. Lakshmi Prasad N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Health Care
(A unit of the Government of India)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

1401 Thompson Field, Midway Tank Bld Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1

આમાથી અમલદાર ૧

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायसौ ह्यन्यथा ।