

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No.: 3/0524/0336

APPLICATION DATE: 14/5/24

NAME of APPLICANT: Lakshamma

AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Mr. Alappashetty



Pre-op post-op.  
0336 Lakshamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: 89, Dabbehatta, Tumkur taluk, Ahalakatti, Tumkur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of income)

PAN No. (यहाँ खाल भरें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

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 के साथ संबंध
1	Alappashetty	65	M	husband
2	Kumari	24	F	daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE cataract, LE cataract Surgery: RE cat + phaco, LE phaco

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

**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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य सत्य प्रमाण प्राप्त होता है तो सही सहायता मिलने की संभावना है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में मांग किया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु अब तक किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो मिली है और न ही भविष्य में मिलेगी।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार):**

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'व्यक्तियों' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" नामक पत्रों, पत्र, पत्रिकाओं द्वारा इत्यादि में मुझे प्रचारित करने और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हों। मेरे प्रकरण का विवरण परे इसका कोई चयन या कार्य करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता से उपलब्धियों में प्रचारित है मुझे सहायता का इंतजार नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" नामक उपलब्धियों का विवरण अंतिम और अविरोधी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँके-होस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती 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 और सहायता से मिलेगी या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, क्योंकि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष, उदाहरण के लिए किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही सहायता का चयन किया जाएगा और उपचार/प्रक्रिया का चयन रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुरक्षित और अपने कामों की सही जिम्मेदारी ठीकी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*(Signature)*  
**Dr. Lakshmi Pathi**  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shree Chha Eye Care Trust)  
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
at 16/M, Thirumangal Road, Miller Tank Bed Area  
on behalf of Hospital)  
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अपरेशन की तारीख <b>4/5/24</b>	<b>Dr. Laxmi Borennavar</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> <b>Consultant - Phaco &amp; Refractive</b> EMC No. 0024	
---	--	--

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION** आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 पहला हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 पहला हस्ताक्षर 2
<i>(Signature)</i>	<i>(Signature)</i>