

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 81052410340

APPLICATION DATE: 14/5/24

NAME of APPLICANT: Sanjivamma

AGE-YEARS: 77 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 1010 Huvbhanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: KASABA NABLI, Tumakuru
KARNATAKA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank]

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: [Blank] (Attach Proof of Income)

PAN No. [Blank]

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

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Huvbhanna	77	M	Husband
2	Manjivatha	17	M	Son

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

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis: R.E. cataract, L.E. cataract
2	Summary: R.E. cataract & L.E. cataract

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1	DBCS	2000/-

pre-op post-op.
0340 Sanjivamma



DECLARATION by APPLICANT: आवेदन द्वाारा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य साबुत है तो मेरी महापात्रता निरास हो जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बतलाना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो राशि ले रहा हूँ और न ही भविष्य में हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन द्वाारा 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग कर सकते हैं, जिसके माध्यम से वे दानों को एकत्रित कर सकते हैं और/या कोशिका फाउण्डेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित कर सकते हैं। मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" का उपयोग करने के लिये "कोशिका फाउण्डेशन" के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनकर्ता के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का छाप



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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृतकर्ता को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउण्डेशन से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के लिये कोशिका फाउण्डेशन द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरक करने के लिये कोशिका फाउण्डेशन से अलग सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट बतलाना है कि अस्पताल वित्तीय मदद के लिये कोशिका फाउण्डेशन से अलग सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से जो राशि सहायता के रूप में प्रदान की जाती है, वे उसे या अस्पताल द्वारा ही ही प्राप्त करता है किन्तु उसे उपचार/उपचार का चुनाव करने एवं हस्पताल को बीच का विवरण देना और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में उपचार के लिये चुना गया और अपने अपने को सही कियेपैरों लेने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या कियेपैरों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिये संस्तुति

Date of Surgery अपेक्षा की तिथि 11/5/24	Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Signature)	(Signature) Dr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Koshika Foundation Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmashan Road, Thimmasan On Behalf of Hospital नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 (Signature)	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 (Signature)
---	---