

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 81052410342

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14/5/24

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Daddalaka

AGE-YEARS (वर्ष) 73 SEX (लिंग) F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/हस्ताक्षर का नाम olo chikkanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता Lakkerahalli, Guntur, Tunkur Karnataka



PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

pre-op 0342 Daddalaka post-op

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का चिह्न लगाएं)

Yes / No  
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member सदस्य के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Jayamma	64	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनियम आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) एपीबी कार्ड को जोड़ें प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ में प्रस्तुत करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे करने विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis! - RE cataract Surgery! - RE cat. + P.P.O. L.A.SIK

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 जो 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं सत्य अथवा सहायता का यह है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस मदद के लिए कोई भी रिफंड/वापस करने का दावा नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

**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 में आवेदन प्रस्तुत करने के लिए मैंने अपना नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रकरण में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" एफएनएफआर, द्वारा, वास्तविकता के साथ उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के प्रचार-प्रसार के लिए उपयोग किया जा सकता है। मेरे प्रकरण के विवरण में इसका कोई भी बदलाव या सही करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, उन्हें स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं किया जा सकता। इस संबंध में "कोशिका" एफएनएफआर के निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होंगे।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएँ तर्जनी की 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 अधिभूत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद माँगी/प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद माँगी/प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद माँगी/प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा का अर्थ है कि हमें किसी भी अन्य सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद माँगी/प्राप्त नहीं करनी होगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज या उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज का चुनाव और उसे करने की सही जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <b>14/12/24</b>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> <b>MBBS, MS, FPRS, FICO</b> Consultant - Phaco & Refractive <small>(Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp)</small> डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	 <b>Mr. Lakshminipathi N</b> Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care <small>(Name, Designation &amp; Eye Care Unit)</small> # 15/A, Thimmaiah Road, off Old Bangalore Road नाम व पद हस्पताल अधिभूत अधिकारी
---	--	---

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2