

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO.: Blos24/0384 | APPLICATION DATE: 17/5/24

NAME OF APPLICANT: *mallamma* | AGE-YEARS: 65 | SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: *Malamma* | N/o Muffaiyah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: *Bhadrinath Police Acamedic B. & P. P. S. No. 10, malavalli taluk Belakavadi mandal, karnataka*

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: *Malava* ज्ञानीय पाल



Post-OP
0384 mallamma

OCCUPATION:

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थान संख्या संरक्षा

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मम आप आय का राता है (जो मात्र हो उस पर मम्मी का निश्चय लगाये)

Yes / No: Yes / नहीं

(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य संलग्न)

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 विषय आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी संकेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संसाधन की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अमन आव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संसाधन की)	Ration Card (Attach Copy) उत्तमता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संसाधन की)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गए विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टोर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
①	<i>Diagnosis</i> <i>RF cataract</i> <i>LE cataract</i>		
	<i>Emergency: LE cataract</i>		
	<i>OPD Doctor: Dr. S. M. Dinesh</i>		
	<i>Hospital: Kasturba Hospital</i>		
	<i>Date: 27/07/2023</i>		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियो जाय सकते हो यहां लिख दो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME OF OTHER SOURCE अन्य संसाधन का नाम	AMOUNT OF ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
①	PBCS	9000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा वर्तमान:

- 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.
- 4) मैं बताता करता हूं कि इस प्रकाश में लिखे गये ममी विवरण ये हैं जबकि मेरी जननाधीन के नमूदा साथ एवं यही है: यदि कोई विवरण ऐसे कथन आवश्यक पापा बताता है तो मेरी सहायता निस्तृत की जा सकती है।
- 5) मेरे द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जीवन की यही उद्देश्य की तुली के लिये विवरण जारीगा, जो इस प्रकाश में भी यही है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह अपील की तर्ज़ है, तभी तभी का अविवाक या बहस विषयी जन्म और नियोजित वीज्ञ कम्पनी में न जो लिखा है वहाँ न ही भविष्य में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to user/publish/pul-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 fulfilment 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.
- 3) इस प्रकाश का अपने इस्तेवा या अपने की स्थान लानकार, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन नीर उपचार नियमों" को अधिकृत करता हूं कि ये जन्म, जीवन, फोटो और जीवन की विवरण इस प्रकाश में भागित हैं, तभी "कोशिका" एवं नाम, जन्म, जीवनका दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वास्तविकताओं के लिये किसी भी जारा साधारण से इस्तेवा करता है। मेरे उपचार का विवरण मेरे सहायता के प्रतीक या बदले के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा जारी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से जहानत हूं कि ये योग्य, जारी और विवाक जो कि सहायता के उद्देश्यों से जुड़ी है नहीं सहायता का इकाना नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपचार नियमों का विवरण जीवन और वास्तविकता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्तेवा के लिये को प्रतिक्रिया



AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पित द्वारा करा)

- 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.
- इसी अधिकृत, इस्तेवा की ओर से यान्त्रोर्गान को "कोशिका फाउंडेशन" में विविध सहायता हेतु विवरणों को जारी है, जिसे हम (हास्पित) निम्न प्रकाश में यान्त्र व स्थानांतर करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता विवरण या विवरणी जन्म लेने से उत्तम योग्यतामाले में लेने या लेने नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन"
 - 2) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्य सहायता विवरणी जन्म लेने से उत्तम योग्यतामाले में लेने या लेने नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्य सहायता विवरणी जन्म लेने से उत्तम योग्यतामाले में लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट बहात बहात है कि अस्पताल द्वितीय प्रकाश उत्तम योग्यतामाले में लेने की विवरणी जन्म यान्त्र में नहीं होती।
 - 3) "कोशिका फाउंडेशन" में से नई योग्य सहायता को लेने की अनुमति नहीं है। लेने पर हास्पित द्वारा नई सहायता या लिये गये तपाया/इकाया का योग्य से नई हास्पित के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हास्पित में लेने के इताव सुनिश्चित और लेने को की सही विधेयता होती है एवं हास्पित की ही होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विमेश्वरी इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संमतुति

Mr. Lakshminipathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

Name/Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital

नम न पर हास्पित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अपोरात्री की तारीख

M/S/24

Jr. Laxmi Dorennavar
(Name)
MBBS, MS, RPRIS, EICO
Consultant- Phaco & Refractive

VMC No. 00244

आवेदक उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर।

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर।

Lic/B