

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0622/0452 APPLICATION DATE : 3/06/22
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Jatasabi AGE-YEARS : 79 SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Lathreef Saab
पिता/पत्नी का नाम



pre op 0452 post op jatasabi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Behind Jamya Masjid 2nd Block, Mayasandra
Munvekere taluku, Tumkur District Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : (आय कर का पहचान संख्या)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर देता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएं) Yes / No
हां / 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 संबंध
/				

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

BPL Card (Attach Card Copy) पीपीबी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे लक्ष्य दिशा 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 LE-Cataract + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो लक्ष्य सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा किया गया)


- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य एवं सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता हेतु, या उपायों को नहीं लूँगा। उस उपाय का अर्थ है कि मैं किसी भी अन्य सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड ले और न ही भुगतान करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा किया गया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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 its 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 आवेदन पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी जानकारी को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस आवेदन में बर्णित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायीयों, दान, धारण/या दूसरी उद्देश्यों से जुड़ी लीफ्लेट्स और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण जो इसका उद्देश्य या कार्य करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण रूप से, सहायता का इच्छता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उपायों न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया गया)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिफारिश करने के लिये नहीं कर रहे हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त नहीं होगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश। इसका अर्थ है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने पर हमें किसी भी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्ण में स्पष्ट किया जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष एक ऐसी/पक्षों हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हस्पताल द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में हमारे या हस्पताल द्वारा और जाने जाने को जारी रखने/लेने के लिये हस्पताल को जारी और "कोशिका" को कोई भुगतान या रिफंड/लेने का अधिकार नहीं होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संस्थापकों के लिए अनुमति



Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 3/06/22	Dr. Nagish B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Centre) KMC Reg. No. - 81123	Mr. Lakshmi Pathi N Manager, Outreach Institute for Ophthalmology & Eye Care (A unit of Shree Siddhanta Eye Care Centre) # 18/14, Thiruvananthapuram Road, Miller Park, Badli Jang
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीयों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीयों हस्ताक्षर 2
