

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0623/0461

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ningamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

w/o Siddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Halkuske, Tiptur Taluk, Tumkur District,

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Preop postop  
0461 Ningamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर गहरी 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
1.	Ravikumar	48yrs	M	Son
2.	Mamatha.N.T	39yrs	F	Daughter-in-law

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) <input checked="" type="checkbox"/> उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof <input checked="" type="checkbox"/> अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 + Pctah

## 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 ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

**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 गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच कल्पन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्रों को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस सहायता का उपयोग करूंगा, जिसके लिए मैंने इस प्रकरण में सहायता मांगी है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने या किसी अन्य व्यक्ति के लिए किसी भी प्रकार की रकम वापस करने या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से रकम वापस करने के लिए इस सहायता का उपयोग नहीं करूंगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करा)

- 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 का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, कचन-कचन द्वारा इंटरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" के न्यासीयों को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि "कोशिका" को इंटरनेट से जुड़े माध्यमों का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इनके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

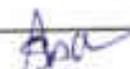
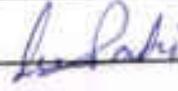


**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करा)

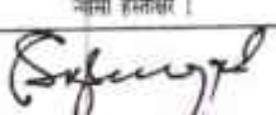
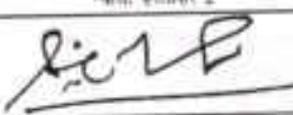
- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यतापत्र को "कोशिका फाउन्डेशन" में विहित 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 विहित सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विहित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकृत/काम हेतु मदद नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट करा जाता है कि हमारा कोई भी मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेया/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का इलाज हमारा ही है और हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा संस्था का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा रोगी का इलाज सुरक्षित और अपने अपने को सही विचारों से रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए, संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख <i>07/02/2023</i>	 <b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FRCS (C), FICG Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) इसका उस नाम व हस्ताक्षर व तारीख	 <b>Mr. Lakshmi N</b> Manager Outreach Institute for Deaf-blind & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Unit of Shreebhadr Eye Care Trust.) # 10M, Thimmash Road, Sankar Park Bed Area
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 
---	---