

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation <small>Building block of life</small>		
APPLICATION No. : <b>N/0622/0506</b>		APPLICATION DATE : <b>8/06/22</b>		
NAME of APPLICANT : <b>Reddamma</b>		AGE-YEARS : <b>65</b>	SEX : <b>F</b>	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : <b>w/o Krishnappa</b>				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : <b>Rampilla Arani mulbagalu taluku Kolar district</b>				
<b>Karnataka</b>				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : <b>Same as above</b>				
OCCUPATION : <b>coolie</b>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>		
TOTAL ANNUAL INCOME : <b>28,005/-</b>		(Attach Proof of Income) (आप का सक्षम प्रमाण)		
PAN No. : <b>XXXXX XXXX</b>				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
FAMILY DETAILS				
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	<b>K. Govindappa</b>	<b>54</b>	<b>M</b>	<b>Son</b>
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)				
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE				
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached			
1	<b>Diagnosis</b>	<b>RE - Cataract</b>		
		<b>CS - Cataract</b>		
2	<b>Surgery</b>	<b>RE - Cataract + Prol</b>		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES				
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED		
1	<b>DRCS</b>	<b>2,000/-</b>		



Pre op Post op  
0506 Reddamma

**DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)**

- 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.
  - 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.
  - 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से भुगतान की मांग नहीं करूँगा, जो मेरी सहायता के लिये अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से प्राप्त किया जा सके और जो इस प्रश्न में माग है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया गया)**

- 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.
  - 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 final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न में अपने हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर, कर्मचारी द्वारा उद्देश्य के लिये विभिन्न माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरी सहायता का उद्देश्य के लिये मेरे नाम का उपयोग "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के उद्देश्य के लिये प्रसारित करने का अधिकार "कोशिका" एम्प्लॉयी, डॉक्टर और कर्मचारी को है।

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

अर्शक का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:
- 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.
  - 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- यह कि न तो हमारे यहाँ और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिये माग है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने खर्च को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हमारा मतलब है कि "कोशिका फाउंडेशन" को सहायता देने का कोई भी अधिकार नहीं है।
  - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हमारे यहाँ द्वारा की जाने वाली प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारे यहाँ के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। हमारे यहाँ के द्वारा रोगी का इलाज करना और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ हमारे यहाँ के होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

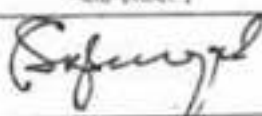
8/06/22

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)  
KMC, Reg No - 87123

**Mr. Lakshmi pathi N**  
Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Muttah, Lakshmi Bazar

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामों हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामों हस्ताक्षर 2

