

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : N/0622/0535

APPLICATION DATE : 10/06/22

NAME of APPLICANT : Parvathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : 10/0 Basavarajju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#262 T M mangunatharangaia Ramba (Abdi Tipla)

Halepalya tiplia tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
0535 Parvathamma

OCCUPATION : Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षम प्रमाण)

PAN No. क्या है या नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 लिए निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चिप प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Rajeev Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सक्षम
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किन्हे एवं किन्हे 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 + PCIC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED एक ही उद्देश्य के हेतु
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेक द्वाग धरगद वर)

- 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 यथेष्ट कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो सभी सहायक प्रारूप को वासनी है।
- 2) मैं द्वाग में सहायक यदि "कोशिका फाउण्डेशन" से मिले का सही है। उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यथेष्ट कहता हूँ कि मैं सहायक हेतु यह प्रत्येक को नहीं है। यह सही का अधिकार या सहायक किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक द्वाग करग)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपने सहयोगी को यथेष्ट कहता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन और इसके 'व्यवस्थापक' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में प्रोद्योगित है, उसे "कोशिका" द्वाग में प्रयोग, द्वाग, प्रचार/प्रसार हेतु प्रदर्शन में लीए, वित्तिय/वित्तिय और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रारूप का विवरण जो इसमें दर्ज है वह मेरे करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से प्रयोग अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को उपलब्ध है प्रयोग में लीए जायेगा, सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वाग प्रयोग प्रयोग के लिए अधिकृत और माध्यमिकी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (

अर्शेक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाग करग)**

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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायक हेतु विवरण को प्रयोग है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायक किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त में लीए या ली जाये है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से विचारित/विचारित उस से सम्बंध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वाग करग हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वाग सहायक वित्तिय सहायक/सहायक हेतु प्रयोग नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस द्वाग में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय करग उस स्रोत/प्राप्त हेतु किसी भी सहायक स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लिया/लेगी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" से ली गई सहायक केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वाग से ली सहायक या बिना ली उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विचार है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वाग किसी प्रकार को प्रयोग नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को हस्पताल प्रयोग और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

10/6/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Krishna Eye Care Trust)
KMC Reg No - 81123

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Krishna Eye Care Trust)
16/M, Thimmaru, Kalyan Nagar, Bangalore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शेक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यक्ति हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यक्ति हस्ताक्षर 2