

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0622/0556

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

14/06/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Devamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

w/o Bellappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Padaguru Gundlupete, taluku Channarayana  
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



pre op post op  
0556 Devamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन संख्या प्रमाणित

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो योग्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विवर्ति आधार

|                                                                                                              |                                                                                                                  |                                                                                           |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>पीबीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>एयस एच का प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या बिमारी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RE-Cataract<br>LE-Cataract                                                      |
| 2                      | Surgery<br>RE-Cataract + PCIO                                                                |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DBCS                                      | 2000/-                                                  |

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 सोचना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में लिखे गए सभी विकल्प सही जवाबों की ओर इशारा करते हैं। यदि कोई विकल्प एक अर्थ में असत्य प्रतीत होता है तो सभी विकल्प गलत भी हो सकते हैं।

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/post-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.

- 1) इस प्रश्न का अपने उत्तराक्षर या जवाब को स्पष्ट साफ़कर, यी (अर्थात्) अपनी सहायता की सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका पराईमान और उसके मायोरी" का अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाईल नं० और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" परम्परा ज्ञानी, राज, सचन/सचन द्वारा इत्यादि से सुदी परिवर्धित और जलविधि के लिए किसी भी इसल माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिभूत है। यी प्रश्न का विवरण यी इसल के पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका पराईमान" से ज्ञानी अधिभूत है।
- 2) यी (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाईल नं० और विवरण जो कि सहमत के इत्यादि में प्रविष्ट है मुझे सदा; सहमत का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" परम्परा ज्ञानी के लिए अधिभूत और साधनकारी होता।

[illegible]

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.

इसका अर्थपूर्ण, इसकाही की ओर से मायले-एपी की "कोरिना फोरनोरा" से मिलित अज्ञात हुनु निश्चय की बात है, जिसे हम (हमसाल) फिर प्रकाश में मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उच्च होती/पावने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विचारित/विचार। उच्च को संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकाधिकार हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो संस्थान किसी अन्य तौर सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थान द्वितीय चरण उच्च होती/पावने हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में जो यह सहायता विधि विहित इच्छा की है। होती या इच्छाएं द्वारा दो वर्ष पहले या किने वर्ष उपचार/प्रक्रिया का प्रारम्भ होती एवं सम्पन्न हो लेने का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य रखने नहीं है। इसलिए सम्पन्न में होती को प्रत्यक्ष मुद्रा और अन्य करने की क्षमता विधेयों होती एवं सम्पन्न को होती और "कोशिका" को कार्य प्रक्रिया या विधेयों इस प्रकार में नहीं होती।

संघीकृतो के लिए संरक्षण

14/06/22

**Dr. Nagesh B N**  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cataract, Refractive & Strabismic Surgery  
Institute for Diabetes & Eye Care  
(A Unit of Shrinagar Eye Care Trust)  
RMC, Red No. 81123

(Name, Designation, Status of Employee and Signatory)  
Institute for Disaster & Emergency Management  
(A unit of Sri Lankan Eel Fishery Trust)  
16/M, Thimimala Road, Jaffna, North West Bad Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
महेश्वरी प्रसाद

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 \_\_\_\_\_  
 NAME of TRUSTEE 2

Exemplar

icrh