

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: B/0624/0578

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 8/6/24

आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

mahadevamma.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Chikkathimmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kundur CV B.G. pura - (H) Malavalli (T) mandya CO

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above.



Pre OP Post OP

0578 Mahadevamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cookie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

15000

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

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

हाँ / 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 सम्बन्ध
1	narayana	85	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Daignosis PE - Cor tract LE - Cor tract
2	Surgery PE - Cor tract LE - Cor tract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

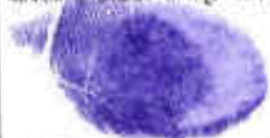
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा मेरी सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोटेक्टिव/वैद्यकीय/वैद्यकीय कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृसौ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़िये हैं, उसे "कोशिका" एवम् भ्रातृसौ, राज, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को सिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्रातृसौ अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से जोड़िये हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके भ्रातृसौ का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपेयक के इलाका या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरित होना चाहिए)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

1) यह कि न तो वास्तव और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त टोले/पमले में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका पाउन्डेशन" से सहायता/वित्तीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा सहायता विज्ञान प्रशिक्षण/सफल हेतु मन्त्रु नही किया जात है तो अममाल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकतम सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अममाल द्वितीय मरदर उक्त टोले/पमले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नही लेने/लेंगी।

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Qual. to be with Stamp)

EMC No. 00244

संविदां का समय पर हस्ताक्षर न होना

Date of Surgery

अभिनेता की शक्ति

9/6/24

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इलाखर ।

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायसौ हस्तप्रमाण ३

1228