

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

N/0622/0597

APPLICATION DATE :

15/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS : वर्ष-वर्ष

70

SEX : लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Kunnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Gallasadakti village Khadiballi hobli Kanakapur
Taluku Ramnagar District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre OP Post OP
0597 Lakshamma

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 नं. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सम्बन्ध
1	Shiva	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/पुष्टि संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCOL

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 लगे गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 यहाँ पर कबल ई कि इस प्रकार मे विवे मेने सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) वो द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ कबल ई कि किस सहायता को वह प्रत्येक को नहीं है, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या प्रकार विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली जाये और न ही भविष्य में लीये।

AGREEMENT by APPLICANT (SHOW ON FILE)

- 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 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 पर अपने इच्छा का जवाब 'हाँ' या 'नहीं' में दें। (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है कि "कोशिका" फाउंडेशन और इसके न्यासीयों को अधिकृत करता है कि वे सा, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीया है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, सा, साधारण दुरुस्त इच्छा से कुछ गतिविधियों और प्रकाशनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इसका उपयोग वे इसका उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि सा, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के इच्छा में मैं प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकार के अभाव में वे अपने काम निरस्त

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की स्वीकृति)

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.

इससे अधिकतर इमारतों की ओर से पड़ने/रोने को "बोलिका नज़ाबत" से क्लिप्त कहा जाता है। भिन्न-भिन्न की जाती है, जिसे हम (इमरान) दिन-प्रतिदिन से भाव्य व शरीर को करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिव्यक्ति विधिवि सहायता किसी भी साक्षरी संसदन या किसी अन्य गरीब से इस रीति-रिवाज में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कौटिल्य काउन्सिल" से निष्कर्षित किया कि इस के समर्थन में "कौटिल्य काउन्सिल" द्वारा पद लेने का है। यदि "कौटिल्य काउन्सिल" द्वारा सहायता विधि अधिनियमकृत हो प्रचलित हो गया है तो संसदन किसी अन्य भी साक्षरी संसद या किसी अन्य संसदन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि संसदन विधिवि पद इस रीति-रिवाज में किसी भी साक्षरी संसद या किसी अन्य संसद से नहीं लेता-लेती।
2. "कौटिल्य काउन्सिल" से जो नई संसदन संसद विधिवि प्रकृति की है। रीति पर हमसदन द्वारा दी गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुवर्ण रीति एवं हमसदन को बीच का विषय है और "कौटिल्य काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसीलिए हमसदन में रीति के द्वारा सुझा और जाने जाने की सभी विधिवि रीति एवं हमसदन को होती और "कौटिल्य" को कोई अधिकार या विधिवि इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पञ्चीकृतो षष्ठः शिष्य संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diagnosis & Eye Care (I-DECS)
(A unit of Shri Chandra Eye Care Trust)

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of the Authorized Signatory)
Institute for Disabled & Blind Children
(A unit of Sri Sarada Eye Camp Trust)
M. Thirumal Rao Road, Miller Tank Road

KMW-Best.ND.: 81123

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Sefernyel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 जयश्री हमदाबा 2

lieve