

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0624/0655 APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 12/6/24

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Boramma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 75 SEX लिंग: F

FATHER/HUSBAND'S NAME: पिता/कन्या का नाम: w/o Meesowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास पता: Hallada Hosahalli Dabbeghatta Hebli Turvekera Taluk Tumkur Dist. Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास पता: - - - - -

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 21000 (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर चुकाते हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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	Nagaraju	62	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली रेखा के साथ 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 Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LC cataract
②	Surgery Right Cataract + p.c.i.o

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 सी गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-



Boramma
06240655
pre op post op

- 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 श्रेष्ठता कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता दिति "कॉन्सिडर फायरेशन", सो तो जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस दिति का अधिक या कमतर हिस्सा किसी अन्य फोटोनिरोधकबीन सम्पत्ती से न हो लिया है और न ही शक्ति में शून्य।

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 का जवाब इस प्रकार है: जहाँ की शासक शासक, मैं (अर्थात्) जहाँ की शासक की शक्ति का है, यह "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायी" का अधिकार का है कि वे शासक, शासक और जो विचार इस प्रश्न में प्रकट है, उसे "कोशिका" प्रश्न न्यायी, राज्य, चक्रवर्त्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रस्ताव से प्रस्तावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विचार में प्रस्ताव के जहाँ या जहाँ के जहाँ के लिए "कोशिका काउंटिंग" या न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात में सहमत हूँ कि शासक, शासक, शासक और जो विचार है कि शासक के उद्देश्यों से प्रकट है मुझे जहाँ: शासक का हकदार नहीं जाता। इस संबंध में "कोशिका" प्रश्न उसके न्यायी का निर्णय और कार्यकारी होगा।

आवेष्टा के प्रकार



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, इसकाती की ओर से मायले-रोपी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसकाती) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्धमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त ऐसी/व्यक्ती में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से मिशनरियरिजिबिलि उक्त के साथ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी जोसिक/सहाय हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त ऐसी/व्यक्ती हेतु किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉशिका फाउन्डेशन" से ली गई प्रकाशन कोषक विविध प्रकृति की है। ऐसी या इसप्रकार प्राप्त की गई प्रकाश या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य उद्देश्य एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "कॉशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एवाम नहीं है। इसलिये इसप्रकार में ऐसी के इस्तेमाल मुख्य और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इसप्रकार की होती है और "कॉशिका" को कोई नुसिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

मरीकती के लिए संस्मृति

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

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

नाम : **डॉ. एच. एस. हसन** अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/6/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Phaco & Refractive

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयदीप ठाकुर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्ताक्षर 2

10/2/2