

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0525/0664

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 23/5/25

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Sakamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 58 SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: Mo Nanjagonda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Bogudi, Nagawarigala (A) mandya (R), Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: _____



PR op - part op
0664 - sakamma

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: _____

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

PAN No. स्वयं उल्लेख 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
<u>17</u>	<u>Kunata</u>	<u>38</u>	<u>m</u>	<u>son</u>

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) वरपोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<u>15</u>	<u>Diagnosis :- RE - pseudophakia</u> <u>LE - cataract</u>
<u>16</u>	<u>Diagnosis :- LE cataract + presb</u>

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 राशी
<u>11</u>	<u>DBIS</u>	<u>2000/-</u>

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 सही 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) मैं दृढ़ता से गवाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एलम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है कुछे स्तर: सहायता का हकदार नहीं सकता। इस सम्बंध में "कोशिका" एलम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

हमारी अधिष्ठाता, हस्ताक्षर की और से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी/पामाने में लगे या ले ली जाए, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता कितनी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संकलन वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही वह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इमारतिय हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>23/5/25</p>	<p>Dr. M. Lakshminarayana MBBS. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व एच. नं. Bangalore-52 (A unit of KOSHIKA FOUNDATION)</p>	<p>Mr. LAKSHMINATHAN (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद हस्पताल-अधिकृत अधिकारी & EYE HOSPITAL (A unit of Shree Koshika Eye Care Trust)</p>
<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 NMC No-91567</p>		<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2</p>
<p><i>[Signature]</i></p>		<p><i>[Signature]</i></p>