

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0624/0746

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/6/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Anyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कनूष का नाम

W/O Venkatasriyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H No 39 Mirupurabali Dadinayakondai

Lakshmi Hobli Malur Taluk Kolar District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pre op Post op
0746 Anyamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

23,000/- Homemaker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 सम्बंध
①	Rajanna	47	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

①

Diagnosis

RE Cataract

LE Cataract

Surgery

RE cataract + p-TOL

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

सी गई सहायता राशि

①

DBES

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा यह:**

DECLARATION by APPLICANT: **अभिनेता 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.
 मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में सभी विवरण मेरे ज्ञान के अनुसार सत्य हैं। कोई भी झूठा बयान मेरी आवेदनपत्र और सहायता, यदि कोई हो, को खारिज/रद्द करने योग्य बना देगा।

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. I will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose for which it 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.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of foreign currency assistance for which this assistance is requested.

1) मैं यहीमा करता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।

- 1) मैं सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत हो तो मैं इसे तुरन्त ही सही कर दूँगा।
- 2) मेरी जानकारी के अनुसार यह प्रारूप 'कौशलिक फायनेन्स' से तैयार किया गया है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस महाप्राप्त हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस लक्ष्य का आंशिक या सफल विस्मा किसी अन्य कोटिनिर्देशका/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

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 जल्द हलकाया का जल्द ही खण्ड लानेका, मैं (आवेदक) अपनी सहायि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोने और वो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एक्स् न्यासी, टन, वाचना/का दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रसार माध्यम

2) ये (अनुवादक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और चित्रण जो कि महात्म्य के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या मुद्रा 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:

By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for recommending this case, 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.

Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the basis of the recommendation of Koshika Foundation is solely based on the medical advice given by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital, 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.

इसमें अधिकृत, इच्छाशील की ओर से समस्त रोगी को "बौद्धिक फाइनेयर" से वित्तीय सहायता हेतु विधिवरित की जाती है, जिसे हम (इन्साल्ट) किम प्रकार से धार्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वॉशिंग और न ही भूमिधर्म में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त टेंगे/प्लन्स में लगे या लगे हों, बल्कि इनमें से सिफारीश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदायित विनियम अधीन/अनुसार हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त टेंगे/प्लन्स हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बोलिका काउन्डेशन" से ली गई सहायता फंडल मिलित इकतुल को है। ऐसी पर हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावर्तन एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "बोलिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐसी को दायित्व सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "बोलिका" को कोई धुपिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

[Signature]
Mr. Lakshmiopathi N

की होगी और "बोसिका" की कोई भुजिका या बिजनेसरी इस मामले में नहीं आएगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृती के लिए संस्तुति		Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Date of Surgery अपरेशन की तारीख	 Dr. Lakshmi Dorennavar	

उपरोक्त की तारीख 18/06/24	Dr. Lakmi Dorannavar (Name of Doctor, Reg. No. with Stamp) MBBS, MD, FRCS, FRCO Consultant - Phaco & Refractive	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
अन्तरिक दायरे में		अन्तरिक दायरे में

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

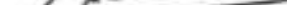
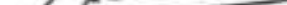
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE of TRUSTEE 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासी इन्द्राक्ष 2
------------------------	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
--	--

SIGNATURE OF TRUSTEE न्यासी इमरुद्दौला	१३/११
---	-------

 	 
---	---

Safar 1444

Deficiency	1
------------	---

0	1
---	---

04-03-2024

04-03-2024

04-03-2024