

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B 10723/0789

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Lalithamma T

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पति का नाम

W/o Raju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kelagata Dodd Road Hombale

Browdama Dodd Koppa Hobli Mandya Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Mandya District Karnataka

OCCUPATION

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

आम आय कर दाता हूँ (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाए)

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	Raju. G.	62	M	Husband
②	Nayana. H.R.	30	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract IF cataract
②	surgery RE cataract + p.IOL

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 ली गई सहायता राशि
②	DBCS	2000/-

pre op post op
0789 Lalithamma T

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की है

- 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 धीरे-धीरे कहता हूँ कि इस प्रमाण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्रमाण को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं स्पष्ट रूप से सहायता एवम् "कार्य" का उद्देश्य, जो मेरी जानकारी में है, उल्लेख करता हूँ। मैं स्पष्ट रूप से सहायता को केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ स्पष्ट रूप से कहता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार की रकम वापस करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (USE ON SII 5571)

- 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/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जवाब इसका या जवाब की जगह लगाना, मैं (अर्पदक) अपने सम्पत्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एफएन न्यासी, दावे, वाचकता दावे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या कार्ड के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि माध्यम के उद्देश्य से प्रोचित है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएन न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आलेख का प्रकाशक का अंगरेजी नाम



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH DR. WITH)

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.

इसका अर्थ है, हमलाकारी को ओर से चारों/पैरों को "कोशिका फाड़नेशन" से विलीन करवाया हो। निम्नलिखित की जाती है, जिसे हथ (हमला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा जाता है।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध महापक्ष किसी भी साक्षारी संस्थान या किसी अन्य नवीन से उक्त एंटी-धमने में लगे या ले गई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में निम्नलिखित/विनि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापक्ष विनि अतिशय/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त एंटी-धमने हेतु किसी भी साक्षारी संस्था या किसी अन्य पक्ष में नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" में ले गई महापक्ष अंततः विविध प्रकृति की है। एंटी या सम्बन्ध द्वारा दी गई सलाह या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव एंटी एवं सम्बन्ध को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिखे सम्बन्ध में एंटी के इलाज सुझा और अपने खर्चे की सारी जिम्मेवारी एंटी एवं सम्बन्ध को होती और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

पृथ्वीकृतो षोऽलिपः संस्मृतः।

Handwritten signature

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

19/7/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO

Stamp of Dr. E. Rege: No. 2 with Stamp

2007-08-24 10:00:00

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name of Designated Branch of Authorized Signatory
(A unit of Shree Chhatrapati Hospital))

16/M. Thimmaiah, ~~East~~ Miller Tailored Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— ३३३ —

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ॥

icrf