

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	BLO 724 / 0797	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	09/07/2024	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Sadashivappa	AGE-YEARS वय-वर्ष:	85	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:	Slokale Kullingappa	SEX लिंग:	M	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय पता:		Nenekatte Gundlupet Tuluks Chamrajnagar District - Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासीय पता		— " —		
OCCUPATION: जबरदस्ती:	Home maker	<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	21,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्टेट चालू संख्या:				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देते हैं (जो मात्र ही उस पर सही का निशान लगायें):				
Yes / No हाँ / नहीं				
FAMILY DETAILS परिवार विवर				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के अस्तमों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
(1)	Susandamma	70	F	wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाही आधार:				
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रीति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जातव व्यवहार की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाप प्रीति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) ठपफोटो कार्ड (प्रमाण पत्र की छाप प्रीति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाही का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न			
(1)	Diagnosis	RE	cataract	
		LE	cataract-	
(2)	Surgery	RE	cataract + ptal	
			+ ptal	
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लोगौं गई सहायता राशि		
(1)	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा करते हैं:

- 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 सोचा करता हूँ कि इस प्राप्ति पर्याप्ति में सहायता की अनुमति काम कर सकती है। परिकल्पना की वजह सहायता की जाता है तो मैं भी सहायता निहत की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता गिरि "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा चुकी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में आया गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विषय सहायता हेतु यह जारी की गई है, उस गति का अधिकार या सकाल हिस्सा किसी बन्ध प्रोत्साहन/वीच कानूनी में न तो किया है और न ही भविष्य में होता।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करते हैं)

- 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 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 प्रति पर्याप्ति की अनुमति की आवश्यकता, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता की पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रति में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्. न्यासी, बाय, साथकाया दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्राप्ति सहायता से जुड़ा होने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रति का विवरण ये इसका को पहले या बाद में करते के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस जाति में सहायता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त स्वतः सहायता का उपयोग नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एम्. न्यासी न्यासी का विवरण अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट की हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करते हैं)

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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से याम्बोरोगी की "कोशिका फाउंडेशन" में विविध सहायता हेतु विवरणित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विषय प्रकार से बहुत ज़्यादा लिखते हैं।

- 1) यह कि न तो कोई भी न ही भविष्य में विविध सहायता किसी ने याकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त रोगी/याम्बोरोगी में लिये या ने छोड़े हैं, और कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विवारित/विवरित-उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हुए हैं। परि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अन्य कानूनी उपलब्धियों की जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर याकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सम्बन्ध का कानून है कि अस्पताल द्वितीय स्तर उक्त रोगी/याम्बोरोगी हेतु किसी ने याकारी संस्था या किसी अन्य सामने में नहीं लिया/लेती।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता कोई प्रकृति नहीं है; यांगी पर इस्पताल द्वारा यी गई सहायता या किसी गैर उपचार/उक्तिया का चुकाव यांगी पर इस्पताल के बोध का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये इस्पताल में यांगी के इसका युक्ता और अन्य जाने की मानी विवेद्यता यांगी पर इस्पताल की होती है और "कोशिका" भी कोई भूमिका या विमोदारी इस सामने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshminipathi N
Manager- Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
18/M, Thirumalai Road, Mylapore, Chennai - 600004
(Name, Designation & Stamp Mr. Lakshminipathi N
on behalf of Hospital)
नाम व पर इस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगुष्ठ की तारीख
09/07/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Constituted Dr. P. Raveen & Dr. S. Venkatesh
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्रिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2