

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

809240826

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथी

11/7/24

NAME OF APPLICANT:
अर्क्षक का नाम

mahanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

GENDER लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/हस्तुधर का नाम

M/O Basavashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तन अवस्थाय पत्तः

kodakatti mundurpet taluk channarayana nagar district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासोप्य पत्तः

/ /

OCCUPATION : व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

post op malanna

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य सलग्न करें)

PAN No. स्वाई खात संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
काय आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगाएं).

Yes / No हाँ / नहीं

Sr.No.
क्रम संख्या

Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)
उम्र (वर्ष)

Gender लिंग

Relation with Applicant अर्क्षक से साथ सम्बन्ध

①

mallesh

33y

M

son

②

manju U

30y

F

daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy)
गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)

EWS Certificate (Attach Certificate Copy)
अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)

Ration Card (Attach Copy)
उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति सलग्न करें)

Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु नियमे गये विनाती का उद्देश्य:

Sr.No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached असम्मत/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधित सूची सलग्न

①

DIAGNOSIS:- RT cataract
LT cataract

Surgery - RT CATARACT SURGERY

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED सी गई सहायता राशी

①

NBCS

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any means, 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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "कोशिका" एक न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से चुटी या विज्ञापन और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरी इच्छा को पालने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर 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 भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अवस्था/संकल हेतु मंदर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ली गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी या हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने जाने की गारंटी के साथ होगा और "कोशिका" को कोई पुनिका या विमोचनी इस मामले में नहीं होगी।

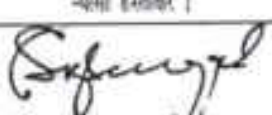
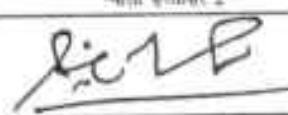
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 11/4/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Phaco & Refractive (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) समय व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी	Mr. Lakshminarayan Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A unit of Shradha Eye Care Trust.) # 16/1, 1st Floor, 1st Cross, 1st Main Road, Miller Tank Bed Area
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

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