

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

Blo 2410840

APPLICATION DATE :

आवेदन हिन्दी

11/7/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

chikkanna

AGE-YEARS वर्ष-

वर्ष

SEX लिंग

f

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/स्त्री का नाम

W/o Tavasagatta Shelly

Basavapura, Brundavan taluk, chamarajanagar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



one pp post op
0840 chikkanna

OCCUPATION :

House man

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साधारण संतान)

PAN No. स्थाई ज्ञाता संख्या

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

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित अधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गटियों रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (साधारण पत्र को साथ प्रति संतान करें)	बत्य भाव वाला प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संतान करें)	उपचारकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संतान करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिनाती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई औषधिकारण सूची संलग्न
①	Diagnosis adulterant leucorrhoea Surgery - LC Cataract

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 लोगी गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी ज्ञानशक्ति के अनुपरा सत्य एवं यथा है। यदि कोई विवरण ऐसे बदलने लाया जाया है तो मेरी ज्ञानशक्ति की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो ज्ञानशक्ति दिया "कोशिका फाउंडेशन", से सीज जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में यथा यथा है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विषय ज्ञानशक्ति ही वह प्राप्ति ही यही है, उस यथा जो व्यापिक या सकूल विस्तार किसी भी अन्य ज्ञानशक्ति का न हो सकता है और न ही भविष्य वे होते।

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 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी की साथ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी ज्ञानशक्ति को पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानशक्ति" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो वा जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं ज्ञानशक्ति, दाता, वाचनाकार द्वारा उल्लेख से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये जाएं जाएं या प्रसार याप्तयम् से प्रत्याशित करने के लिए, अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण में उल्लेख के गहने या बाहर ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का ज्ञानशक्ति अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूं कि ये यथा यथा, पता, फोटो और विवरण जो कि ज्ञानशक्ति के उल्लेख से जुड़ा है युक्त ज्ञानशक्ति का उपकारा नहीं बनता। इस यथायम् में "कोशिका" एवं उसके ज्ञानशक्ति का विस्तृत अधिकृत और वाप्त्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठी का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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 अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से घोषित होने वाली को "कोशिका फाउंडेशन" से विस्तृत ज्ञानशक्ति हेतु विकासित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) यिन प्रकार में यथा यथा वाप्त्यकार करते हैं:

1) यह कि न हो योग्यता और न हो भविष्य में विस्तृत ज्ञानशक्ति कियो गए ज्ञानशक्ति संस्थान या किसी ज्ञान विद्यालय में लेंगे या नहीं होंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकासित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्यता या किसी ज्ञान संस्थान में ज्ञानशक्ति लेने का अधिकार ग्रहित करता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा ज्ञानशक्ति विनाई अविकार/वाप्त्यकार हेतु युक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल विविध या किसी अन्य साधन से नहीं लेना चाहती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं योग्यता बोलता विविध प्रकृति भी है। ऐसी पर हस्ताक्षर द्वारा ही यह योग्यता या किये गये उपचार/प्रक्रिया या चुनौती एवं इस हस्ताक्षर की विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ज्ञान का कोई उल्लेख नहीं होता। इसीलिए हस्ताक्षर ने ऐसी के इसका सुलभ और उन्हें जाने की जारी विवेद्यता रखें एवं इस हस्ताक्षर की हांगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवेद्यता इस यथायम् में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्कृति

Lakshmi Pathi
Mr. Lakshmi Pathi

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत ज्ञानशक्ति

Date of Surgery अंगठी की तारीख <i>11/4/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant & Practitioner (Mumbai, India) Registration No. 90244
---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोधक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Lic/B