

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: N/0822/0841

APPLICATION DATE: 9/5/22

NAME of APPLICANT: Nagamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Chikkenappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Gundlupete taluk, Kandegega Chamsajungu
Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
0841 Nagamma

OCCUPATION: coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/-

(Attach Proof of income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. नहीं खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरण 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) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे एवं किसरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों द्वारा संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: STATE OF NEW YORK

- 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 यहाँ पर काला हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को वापस लेनी होगी।
- 2) मैं इसकी सहायता के लिए "कॉन्सिडरेशन" में ली जा रही हूँ। इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर काला हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वापस लेऊँगी, न ही किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो वापस लेऊँगी और न ही किसी भी स्रोत।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WOT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रश्न का उत्तर इसलिए दे देंगे जो इस सत्यका, मैं (अर्शक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, रात, साप्ताहिक/दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी सहायता की प्रतीति या बात से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है, स्वतः, सहायता का इकाया नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" फाउंडेशन अध्यक्ष न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

understand the reasons for the lack of success.



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 210 8074)

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.

यहाँ लक्ष्मण बगवती की मूर्ति से सम्पर्क करने को "जपेन्द्रा वासुदेव" से विविध आख्या हो निकाली की जाती है, जिसे हय (हमाल) फिर प्रकाश से मजबूत कर देता है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थे से उक्त टोपी/पत्राले में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सेलर" में सिफारिश/विनियम उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सहायता विनियम अधिकांश/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था/संघ से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विहित मंदर उक्त टोपी/पत्राले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लीया/लेगी।
2. "कोशिका काउन्सेलर" में जो गई सहायता संभव विहित प्रकृति की है। टोपी या हमपातल द्वारा जो गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु टोपी एवं हमपातल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमपातल में टोपी के इलाज शुरू और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं हमपातल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मयीकृती को लिए योग्यता

Date of Surgery
 2008-01-01

9/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diseases of Eye (Camp)
(A Unit of Shri Chaitanya Charitable Trust, Hubli)
हस्कर कॉलेज रोड, हुबली, कर्नाटक

Mr. Lakshminathi N.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit in the name of Hospital
16/M, Thiruvananthapuram, Kerala)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

THE JOURNAL OF THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो ब्रह्माक्षरः ।

Sc 28