

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0943

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/08/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakkamma

AGE/YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Rojanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anekase huvekere Taluk Tumkur district
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Lodice

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

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

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 जो गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-



POOP Post OP
0943 LAKKAMMA

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 यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही 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 द्वारा जो सहायता मिले "कौशिका फाउण्डेशन", मेरी जो सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकतम या सम्पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्भरता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनकर्ता द्वारा स्वीकृति)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वारा मैं प्रोदान है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, समर्थन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़े गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इरादों को पूराने या बदलने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे कदा, सहायता का इकाई नहीं करता। इस समर्थन में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारों के प्रयोग का अर्थ है कि

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO WORK)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.
- हमारे अधिकृत, इस्तफ़ारी को जो से सम्बन्धित है को "कोशिका फाउन्डेशन" में विहित सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से ध्यान व प्रतीक करते हैं:
- 1.) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विशेष उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अतिरिक्त/अन्य हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला/द्वितीय मदद उक्त रोगी/मार्गों हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। रोगी पर हमself द्वारा ले गई सहायता का बिना कोई उपचार/प्रक्रिया का सुझाव रोगी एवं हमself को बोध का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी को अलग दृष्टि और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

गर्वाश्रुती के लिए संस्कृति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/8/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shreeaditya Eye Care Trust)	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shreeaditya Eye Care Trust) # 16/M, Thiruvananthapuram, India
---	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 ज्योती हस्तक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 ज्योती हस्तक्षर 2
	