

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.: N/0822/0994
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Thayimuddamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष
65

SEX लिंग
F

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

w/o Kari Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

P Bampura Kanakapura (T) Ramnagar (D)
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय
Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय
15,000/-

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

PAN No. क्या है? (आय कर पहचान संख्या)

Yes / No
हां / नहीं

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

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
1				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एनबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किए गए विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnoses RE cataract LE cataract
2	Surgery RE cataract

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 जो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-



PACOP postOP
0994 Thayimuddamma

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरना)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में मिले गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं इस प्रकरण की मदद को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 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.
- इस प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्र, इंटरनेट में मुझे प्रोत्साहित करने और जानकारी देने के लिये किसी भी प्रकार का प्रयास करें।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरी सहमति के किसी भी अन्य स्रोत से प्रकाशित नहीं किया जायेगा। इस प्रकरण में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, साप्ताहिक पत्र, इंटरनेट और अन्य माध्यमों द्वारा प्रकाशित किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)

- 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:
- 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.
 - 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ की ओर से मान्यता देने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से प्राप्त न कर सकें।
- यह कि न तो हमारे यहाँ और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाती है, तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हमारे यहाँ वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त हो।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से मिली गयी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज प्रदान और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30/8/2022

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surg.
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Ram Eye Care Trust)
#16M, Thimmarasu, Bangalore

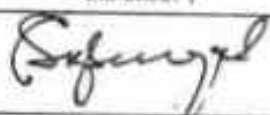
Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A Unit of Shree Ram Eye Care Trust)
#16M, Thimmarasu, Bangalore

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

