

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Reclaim block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0824/1118

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

8/8/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kariyamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

43

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Devaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bappanadu Madaluru Sira  
Taluk Tumkur District  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Bappanadu Madaluru Sira  
Taluk Tumkur District  
Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

AN 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 सम्बंध
1	Devaraju	53	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रेश का नौपे 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 द्रष्टिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF = Cataract LE = Cataract
2	Surgery RF = Cataract Surgery LE = 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 ली गई सहायता राशि
1	DBCC	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: অবেদক দ্বারা ঘোষণা করা

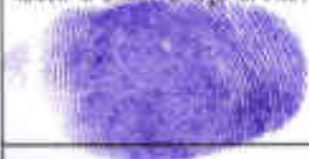
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी यह प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इसमें जो सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मंगल रूप है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (အသိပေးခြင်း လက်မှတ်)

- 1) 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.
- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्याताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्याता, दान, वाचनादय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्याता अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसको न्याताओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आर्सेनिक का हमलावा रा. अंगरे का पिता



**AGREEMENT by HOSPITAL** (HOSPITAL USE ONLY)

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.

हमारे अधिकृत सहायक की ओर से सम्बन्ध-प्रेमी को "संश्लेषण वादन्तेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसफर) विभिन्न प्रकार से सम्बन्ध में स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बॉयस्कैंड और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त ऐंटी/पायल में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपरीस/विप्रीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विप्रीत अर्थिक/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐंटी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी नई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐंटी पर अस्पताल द्वारा लेी नई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया या सुख ऐंटी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायत नहीं है। इसलिए अस्पताल में ऐंटी के इलाज सुख और जाने जाने की खरी जिम्मेदारी ऐंटी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई सुख या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminipathi N

### Manager Outreach

**Institute for Diabetes & Eye Care**

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्त्यान्त अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अभिप्रेत की तारीख

8824

Dr. Laxmi Datta  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
RMC No. 90341  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व ठेकाधार व सी. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक्ष उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्याप्ति इत्यादि ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संयोजक

Rich