

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य रेख्याल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

N/0922/1154

APPLICATION DATE: 21/09/22
आवेदन तिथीKoshika
foundation

Building block of life

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Kunnamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष
80SEX लिंग
FFATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कर्तव्य का नाम

W/o Madashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय स्थान

Mysore nagar Hennur Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पहल

same as above



Preop Postop
1154 Kunnamma

OCCUPATION:
आवश्यक

Home maker

MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (अजीवित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल आयका जटि

—

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्ट्रीट नाम संख्या

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

आय आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का विशेष संग्रही)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1.	Nagayya	41	M	Son
2.	Kumar	18	M	Son
3	Kashuri	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनाशी आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कठोर साक्ष
गोदानी रेत के दीर्घे प्रधान यात्रा (प्रधान यात्रा की साथ भूति संताप करो)	जनन आय वर्त इकाई यात्रा (प्रधान यात्रा की साथ भूति संताप करो)	उपचारका कार्ड (प्रधान यात्रा की साथ भूति संताप करो)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिट से लाई गई आयोगी और सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LF - Cataract
2	Surgery RE - Cataract
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	
121	
122	
123	
124	
125	
126	
127	
128	
129	
130	
131	
132	
133	
134	
135	
136	
137	
138	
139	
140	
141	
142	
143	
144	
145	
146	
147	
148	
149	
150	
151	
152	
153	
154	
155	
156	
157	
158	
159	
160	
161	
162	
163	
164	
165	
166	
167	
168	
169	
170	
171	
172	
173	
174	
175	
176	
177	
178	
179	
180	
181	
182	
183	
184	
185	
186	
187	
188	
189	
190	
191	
192	
193	
194	
195	
196	
197	
198	
199	
200	
201	
202	
203	
204	
205	
206	
207	
208	
209	
210	
211	
212	
213	
214	
215	
216	
217	
218	
219	
220	
221	
222	
223	
224	
225	
226	
227	
228	
229	
230	
231	
232	
233	
234	
235	
236	
237	
238	
239	
240	
241	
242	
243	
244	
245	
246	
247	
248	
249	
250	
251	
252	
253	
254	
255	
256	
257	
258	
259	
260	
261	
262	
263	
264	
265	
266	
267	
268	
269	
270	
271	
272	
273	
274	
275	
276	
277	
278	
279	
280	
281	
282	
283	
284	
285	
286	
287	
288	
289	
290	
291	
292	
293	
294	
295	
296	
297	
298	
299	
300	
301	
302	
303	
304	
305	
306	
307	
308	
309	
310	
311	
312	
313	
314	
315	
316	
317	
318	
319	
320	
321	
322	
323	
324	
325	
326	
327	
328	
329	
330	
331	
332	
333	
334	
335	
336	
337	
338	
339	
340	
341	
342	
343	
344	
345	
346	
347	
348	
349	
350	
351	
352	
353	
354	
355	
356	
357	
358	
359	
360	
361	
362	
363	
364	
365	
366	
367	
368	
369	
370	
371	
372	
373	
374	
375	
376	
377	
378	
379	
380	
381	
382	
383	
384	
385	
386	
387	
388	
389	
390	
391	
392	
393	
394	
395	
396	
397	
398	
399	
400	
401	
402	
403	
404	
405	
406	
407	
408	
409	
410	
411	
412	
413	
414	
415	
416	
417	
418	
419	
420	
421	
422	
423	
424	
425	
426	
427	
428	
429	
430	
431	
432	
433	
434	
435	
436	
437	
438	
439	
440	
441	
442	
443	
444	
445	
446	
447	
448	
449	
450	
451	
452	
453	
454	
455	
456	
457	
458	
459	
460	
461	
462	
463	
464	
465	
466	
467	
468	
469	
470	
471	
472	
473	
474	
475	
476	
477	
478	
479	
480	
481	
482	
483	
484	
485	
486	
487	
488	
489	
490	
491	
492	
493	
494	
495	
496	
497	
498	
499	
500	
501	
502	
503	
504	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 फॉर्म के लिए मेरे बिचारे की सहायता का अनुमति मर्हा नहीं दी गई है। यदि कोई विचारण या काम कारबाह एवं जाता है तो मेरी सहायता निश्चल भी जा सकती है।
 - 2) मेरी द्वारा जो सहायता ग्राही "कोशिका चालांडेश्वर", जो लौट जा रही है, उसका उपयोग ग्राही उद्देश्य की पूर्णता के लिए विचारण करने का, जो इस फॉर्म में भर गया है।
 - 3) मैं चुनौती करता हूं कि विचारण सहायता हेतु यह प्राप्ति को नहीं है, उस ग्राही का सहित या सहायता विचारण करने की विधि का कामना करने से न तो लिखा है और न ही परिषद में दर्शाया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस फॉर्म पर आमने हमाराथा या आवेदक की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) आपने सहायता की चुनौती करता हूं एवं "कोशिका चालांडेश्वर और उसके जालांडेश्वर" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, जात, जो विचारण इस फॉर्म में दर्शाया है, उसे "कोशिका" द्वारा नामांतरी, जाप, वचनात्मक शूरू उद्देश्य में जुड़ी नामित्वपूर्ण और उपलब्धिग्राही जो विचारण के लिए विचारण की प्रकार व्यवहार में व्यापकता करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विचारण में इसका कोई विवरण या वार्ता नहीं करता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूं कि ये नाम, जात, जो विचारण के लिए सहायता की उद्देश्यपूर्व में दर्शाया है युक्त स्वतः सहायता का लकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त जालांडेश्वर का निर्दिष्ट अधिकृत और वापसीकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हमाराथा या अधिकृत का लिखा



AGREEMENT by HOSPITAL: (हमाराथा द्वारा कराया)

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.

इसी अधिकृत, हमाराथा की ओर में दर्शायी गयी "कोशिका चालांडेश्वर" में विचारण सहायता की जाती है, जिसे हम (हमाराथा) निम्न प्रकार से आवाहन द्वारा करती है।

- 1) यह कि न तो जालांडेश्वर और न ही भूमिका में विचारण सहायता की जाती है तो सहायता या विचारण की अन्य स्थानों में सहायता की जाती है, जैसे कि हमारे "कोशिका चालांडेश्वर" में विचारण किए जाने के राबवध में "कोशिका चालांडेश्वर" द्वारा जाता है। यदि "कोशिका चालांडेश्वर" द्वारा सहायता विचारण अधिकारी/एकात्मक युक्त स्वतः यही विचारण करता है तो अपना जिसी अन्य जालांडेश्वरी संभवता का विचारण अन्य सम्बन्धित संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्णता में स्वतः जाता है कि अपनात्मक विचारण वर्तमान उक्त ग्राही/सहायता की जाती है।
- 2) "कोशिका चालांडेश्वर" से तीन ग्राही सहायता कंसल्ट विचारण प्राप्ति की है। ऐसी पर हमाराथा द्वारा या विचारण ग्राही उत्तराधिकारी का चुनाव ऐसी एवं हमाराथा के द्वारा कराया है और "कोशिका चालांडेश्वर" द्वारा विचारण ग्राही कोई दबाव नहीं है। इसीलिये हमाराथा ये संगीते के इतना सुनाया और अपने जाते ही ग्राही विचारण ग्राही एवं हमाराथा ये होती हैं और "कोशिका" की ओर पूर्णता या विचारणी इस संस्थान में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Nagesh B Nambiar को लिए जानकारी

Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

Institute for Diabetes Eye Care Trust

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

16/M, Thimmaiah Road, Bangalore - 560001

नम नं 16/M, थिम्माय रोड, बैंगलोर - 560001

नम नं 16/M, थिम्माय रोड, बैंगलोर - 560001

Date of Surgery
जालांडेश्वर की तिथि
21/09/22

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
(Name/Dr. Regd. No. with Stamp)
दालांडे का नाम या हमाराथा वर्तमान

जननीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

S. S. S.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION