



APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <small>Building block of life.</small>		
APPLICATION No.: B/0824/ngo <small>आवेदन संख्या:</small>			APPLICATION DATE: 16/8/24 <small>आवेदन तिथि</small>					
NAME of APPLICANT: Nengamma <small>आवेदक का नाम</small>			AGE-YEARS आयु-वर्ष 45		SEX लिंग F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <small>पिता/कटुम्ब का नाम</small>								
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता B6 Pura Hobli, Mahuli Taluk, Mandya District, Karnataka								
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासस्थान पता						<p>Precap 1190</p> <p>Postcap Nengamma</p>		
OCCUPATION: Unemployed <small>व्यवसाय</small>				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: - <small>कुल वार्षिक आय</small>				(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न करें)				
PAN No. स्पष्ट खाली छोड़ें								
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / 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				
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोगिका 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	Dysnatric - RE Cataract Surgery - RE cataract surgery							
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 ली गई सहायता राशि			
①	DBCS				2000/-			

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 सोचना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने राधा राधा विवाह से ही जानकारी के अनुसार बात एवं लगी है। यदि कोई विवाह एवं कथन प्रत्यक्ष ज्ञात है तो मेरी रायायत निजत की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो रायायत दित "कॉपिला कास्टोडियन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उदेश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में रादा गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूँ कि विवाह रायायत हेतु यह प्रश्न की गई है, उस दित का अतिरिक्त या सकात विन्यास किसी अन्य दित/गिरोलका/बीमा कम्पनी में न तो लिया है और न ही सचिव में भूँष।

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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि येरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भेजिए हैं, उसे "कोशिका" ग्रन्थ, भाषा, पत्र, साधना-पत्र द्वारा उद्देश्य से चुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने के लिए अधिभूत है। येरा प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि येरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः, सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" ग्रन्थ उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपसे हमें भी कुछ कहना था



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, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनियमन उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सफल हेतु चानुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और जने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Lakshmi
Mr. Lakshmi Pathi N

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(a part of Shraddha Eye Care Trust)
Mammalah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हममिलत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
पञ्चमः महोदयः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासो हस्ताक्षर 2

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/08/24

RECOMMENDED FOR A
स्वीकृती के लिए
Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FFRS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive
9845 88 9844
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम सह इलाका से मुद्रा