

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0824/1192

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/08/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chikkamallige

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Malharah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. No. 144, Dabbahalli, Netkalu, Bt. Pura Hobli,
Malavalli taluk, Mandya District, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Pre op

Post op

1192

Chikkamallige

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

15,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. उपाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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
①	Ningamma	65	F	Wife.
②	Kumar D.C	43	M	Son.
③	Suma D.C	38	F	Daughter

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) व्ययभोक्ता 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 - PE Cataract LE Cataract Surgery - LE Cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायक निराश की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साहायक हेतु यह प्रत्येक को दया है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य धार्मिक/राजकीय/व्यक्तिगत कार्य में न जो लिया है और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (अनुमति देणारा)

- 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 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 प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या जगहों को प्राप्त लगाना, मैं (अवैधक) अपनी समिति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, हल, पाषाण/पा दूरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार लाभमय प्रयत्न करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण में इसका जो पता या नाम के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, पाल, पढ़ाई और विवाह तो कि साक्षरता के तद्विरोधी से प्राप्ति है मुझे माला; साक्षरता का ज़रूरत नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र पर उसके व्यक्तियों का विरोध अतिशय और व्यापक होना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अलेखक की इच्छा या अंग्रेजी का निपटन

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 declaration 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 अधिकांश इन्टरनेट की जगह से सामने-पेरी की "बेटीशक्ति काउन्सेलर" से विविध सहायता हेतु संपर्कित की जाती हैं, जिसे हम (हमसला) विभिन्न प्रकार से सान्त्वना व सहायता करते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्मावन और न ही अधिकांश वंशितिया महापता किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्थान से उच्च रंगी/भामने में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोसिका फाउन्डेशन" से सिविलियन/विश्वी उच्च की समर्थन में "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता किसी अधिकाधिकाल हेतु समुद्र को किया जाता है तो अवस्थान किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्थापन में महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवस्थान द्वितीय मदर उच्च रंगी/भामने हेतु किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो यह सहायता बंधन विहित प्रकृति की है। ऐसी पर हममतता द्वारा ही यह ज्ञात या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हममतता में बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिये हममतता में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी होती एवं हममतता की होती और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी हम मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती कां लिपि संस्तुति

Dr. Lakshmiipathi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care

Institute for Diabetes & Eye Care
(a part of Sreechitra Eye Care Trust.)

(A unit of Shradha Eye Care Center,
12500 South Loop West, Miller Tank, Bad Area)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

यस्य स. प्र. इ. प्र. प्र. अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/08/24

16/08/24

Dr. Lakshmi Dorendra
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Register with Stamp)

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

डाक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संस्कृत-संस्कृतम्

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हज्यावर २