

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0923/1219
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 26/9/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mallamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 75
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : b/o Buddaiah
पिता/पत्न्या का नाम



Pre-op 1219
Post-op Mallamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Honnaralle Tumkur Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Homemaker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : —
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. —
संघीय 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 से क्या सम्बन्ध |
|------------------------|---|----------------------------|----------------|--|
| 1) | Buddaiah | 78 | M | Husband |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य |
|--|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये किमती का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|--|
| 1) | Diagnosis RE Cataract LE Cataract |
| 2) | Surgery RE Cataract + PCIO2 |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिए गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य को पूर्णतः ही लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपचार की राई नहीं है, उस राशि का जमावट या सहायता हेतु किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं किया है और नहीं भी किया में सही।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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) (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 प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके न्यायोचर" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायोचर, पत्र, साक्षात्कार एवं उद्देश्य से सुदूर वितरित/प्रसारित और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी घोषणा का विवरण को उपचार के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोचर अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है उसे न्यायोचर का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायोचर का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.

- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/उपस्थित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसका पूरक/संतुलन में लेने या ले रहे हैं, बस कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पत्र/पत्रिका उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा करार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट नहीं/असंभव हेतु नन्तर जो किताब यह से अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत/उपस्थित से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त स्रोत/संस्थान हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता संगठन वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिये हस्पताल में लेने के इरादा सुरक्षित और करने करने की सही जिम्मेदारी मेरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

| | | |
|--|---|--|
| <p>Date of Surgery उपचार की तारीख</p> <p>26/7/23</p> | <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Laxmi Dorennavar (M.D.S., M.S., F.R.S., F.I.C.O) Consultant in Refractive</p> | <p><i>[Signature]</i></p> <p>Mr. Lakshmi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (A Unit of Shreeji Eye Care Trust.) on behalf of Hospital # 16/M, Thimashah Road, Kolar Talk Bed Area राम चं पर हस्पताल आंध्रकूल आंध्रकूल</p> |
|--|---|--|

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

| | |
|--|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायोचर हस्ताक्षर 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायोचर हस्ताक्षर 2 |
| <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> |