

Uttarahalli

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life.		
APPLICATION No.: <u>N/1021/1316</u> APPLICATION DATE: <u>18/10/24</u>		 <u>Pre-op Post op</u> <u>1316 - Dhamalakshi</u>		
NAME of APPLICANT: <u>Dhamalakshmi</u> AGE-YEARS: <u>62</u> SEX: <u>F</u>				
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: <u>w/o Kodanda Naidu</u> PRESENT RESIDENCE ADDRESS: <u>No. 7 1st Main 1st cross,</u> <u>B.B.H.P Employment Road S.B Puria</u> <u>Post Bangalore</u> <u>Same as above</u>				
OCCUPATION: <u>Home Maker</u> TOTAL ANNUAL INCOME: <u>28,000/-</u> PAN No. <u>XXXXXX</u> ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): <u>Yes / No</u> क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें): <u>हाँ / नहीं</u>				
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 सम्बन्ध
①	Kodanda Naidu	70	M	Husband
②	James h	37	M	Son
③	Brindha	30	F	Daughter in law
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि 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	<u>Diagnosis</u> <u>RE cataract</u> <u>LE cataract</u>			
②	<u>surgery</u> <u>RE cataract + PCIO</u>			
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 तो गई सहायता राशी		
①	<u>D.B.C.S</u>	<u>2000/-</u>		

DECLARATION by APPLICANT: none yet

- 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, seek or 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 प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सत्य व सही जानकारी को प्रस्तुत करने का प्रयास किया है। यदि कोई झूठा एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि "संशोधन प्रकल्प" में जो राशि का प्रयोग है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर प्रमाणित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का कोई भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या से लिया है और या ही भविष्य में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किया)

- 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपका जै इच्छा है या अंगरेजी का निपटारा



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना चाहिए)

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; in 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 अधिभक्त, हस्तक्षेपों को धर्म से बाहर/बाहरी को "अधार्मिक भगवद्भक्त" से विभिन्न महामत हेतु विचारों को जाति है, जिसे हम (हमेशाएँ) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो भारतीय और न ही अमेरिकन गैर-निवासियों द्वारा किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त शोध-प्रयोगों में सहायता दी गई है, जैसे कि हमने "कोशिका-प्रायोजन" से निवारित किया। उक्त को सत्य मानें कि "कोशिका-प्रायोजन" द्वारा प्राप्त होने वाली सहायता किसी व्यक्ति, व्यक्तिगत, सहायता से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सहायता प्राप्त या किसी अन्य व्यक्ति से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुनः में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य व्यक्ति से नहीं लेता/लेगी।

2. "बैरिफा काउन्सिल" से लगे हुए कालास में एक विचार प्रतियोगिता को है। ऐसी या अन्यथा इस दो वर्ष का यह या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का मुलाकात ऐसी एवं अन्यथा को बीच का बिन्दु है और "बैरिफा काउन्सिल" इस बिंदु प्रकाश का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारा मत है ऐसी को हलवा सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं अन्यथा को हलवा और "बैरिफा" को कोई प्रभाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अन्वीक्षाती लो लिप्य भैस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/10/21

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Institute for Diabetes & Eye Care)
(A Unit of Shreechakra Eye Care),
BMC, Reg No. - 81153

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमान् ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यापी हस्ताक्षर 2

1000