

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1021/1325

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/10/21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Chennappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No. 204, 18th Cross Kaverinagar,

Bangalore Mahadevapuram Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.

Pre-op Post-op
1325 - Lakshamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट छाप संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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 सम्बन्ध
①	Manjula	33	F	Daughter
②	Anum Kumar	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract IE cataract
②	Surgery LE cataract + PCTOL

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 राशी
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 Kishka 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 पर कबता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे कबता हूँ कि "कौशलिक सहायता" को केवल जो उद्देश्य है, उसका उपयोग करी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबता हूँ कि मैं किसी सहायता से नही लाभ नहीं करूँगा, जो इस प्रश्न में उद्देश्य के लिये दिया गया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING THE WORK)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति यहाँ प्रकट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" द्वारा, कभीकाल सूखे संदर्भ या नुकीले परिस्थितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अप्रतिबद्ध है। मेरे प्रपत्र का विवरण मैं इसका जो महत्त्व या लाभ मैं करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के संदर्भ में प्रोक्त है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन के इलाका २०७५ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (FACILITY USE ONLY)

By affixing her/his/their signature below, the 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 अधिकांश समर्थकों को और से प्रभावित करने की "वर्तिका" प्रयत्न करने में विवश होना संभव नहीं था। जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से प्रभावित करने का प्रयास करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुखीभूतों के विषय संभ्रूति

Date of Surgery

स्वास्थ्य की ओर

18/10/21

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Comes, Cataract & Refractive Surgeon,
Institute for Distance Education
(A unit of Bharatiya Vidya Bhawan)

Mr. Lakshminathi N

Manager Outreach

(Institution Designated & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
on behalf of Hospital
M. Thimmaiah Road, Miller Lark Road Area,
Bangalore - 560029

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE OF THE STUDENT

म्याग्दी प्रशासन

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

Rich