

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1021/1358

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/10/21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Savitamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

60

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o Shivalingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Kottanahalli, Hosakere, Maddur Tq

Kothana Halli, Mendya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता

Same as above

Pre-op Post-op
1358 Savitamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. क्या खाता संख्या

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

या आप आय कर दफ्तर हैं (जो सत्य 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विमर्श 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 + PRIO

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	2,000/-

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं स्पष्टता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।

3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या प्रकृत हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी” को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में ध्येय है, उसे “कोशिका” एन.पी.आर., दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाचना से प्रशिक्षण करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे दस्तावेज के पहले या बाद में करने के लिए “कोशिका फाउंडेशन” या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अनुरोध) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे रख; सहायता का इस्तेमाल नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके व्यक्तिगत या निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आविष्टक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

$(\bullet)_{LTI}$

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 अतिथिगत, हमारागामी की और से ध्याने/प्रेमी की "कोशिका भावन्देशन" से विविध सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हृदयगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वॉशिंग और न ही पॉलिथेन में शक्तिव सहायता किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/घराले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका काउन्डेशन" से निपटारा/शक्तिव उक्त के सम्बंध में "कॉलिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कॉलिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उक्त रोगी/घराले हेतु किसी भी साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठनोद्देशन" से सी गई संरचना कोषल विलीय प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा दी गई संरचना को किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका पाठनोद्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाय नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Dr. Nagesh B. N.

Mr. Lakshminipathi N
Teacher

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Consultant, Medical Superintendent,
Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A Unit of Shree Sai Eye Care Trust)
Name of Dr. & Regn. No. with Stamp
आपका को जय है डॉक्टर साहब जी

Mr. Lakshmi
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory
(A Unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
16/4, Thimmarahy, Kottar, Kandy
16/4, Thimmarahy, Kottar, Kandy

22/10/21

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 श्रीमती इमलाबा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 स्वा.स. २

Exchanged

2018