

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1222/1819		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 20/12/22			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Vijayalakshamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम w/o Gopala		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Ward NO 18, babu Angadipet, Malur Taluk, kolar, karnataka - 563130			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		Pre or Post or 1819 Vijayalaksh -mamma	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय -		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्पष्टीकरण संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 के साथ सम्बंध	
1	Gopalappa	71	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis RE - Prol LE - Cataract				
2	Surgery RE - Cataract + Prol				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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: **अवेक इत संपत्त पः**

- 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 is 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 कबल तब ही इस प्रारूप में विवरण भरूँगी यदि सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्रस्तुत नहीं किया जा रहा है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर सहायता प्राप्त "कॉन्सिडरेशन" से स्पष्ट कर रही हूँ, उसका उपयोग उम्मीदवार की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल तब ही इस सहायता हेतु यह प्रार्थना करूँगी, उस राशि का वित्तिक या प्रत्यक्ष दिवस किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो सिक है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach gov form)

- 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) 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेदक) अपनी सत्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दीखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, सच, वाचकता दूसरे उद्देश्य से तुरी गतिविधियों और उत्सवियों के लिए किसी भी प्रकार वाचक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्श्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण सत्य: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उपर्युक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदन को उपर्युक्त या अन्य को विचार

AGREEMENT by HOSPITAL (SEEKING 201 1077)

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 अधिपति, हमसफरी को जोर से घामते/पंगो को "कलिका पदचन्दन" से विविध सहायता हेतु सिपरीता की जाती है, जिसे हम (हमसजल) निम्न प्रकार से मान्य व भलीभाषा करते हैं:

1. यह कि न तो कार्यपत्र और न ही परिधि में विविध सहायक किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उक्त ऐसी/सामने में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिफाइन/विशेष उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद सेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अधिक/मकल सेतु सम्बन्धी नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐसी/सामने सेतु किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध इकट्ठी की है। ऐसी पर हमसल द्वारा दी गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु ऐसी एवं हमसल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एजब नहीं है। इसलिए हमसल में ऐसी के प्रदान सुखा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसल को होगी और "कोशिका" को कोई भुजिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2011/2/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Investigator)
MBBS, MD, FRCS, FICO
Consultant Plastic and Reconstructive

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
M. Thirumangalakudi, Director, Museum, Red Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2