

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: B/0925/1862

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: Jayamma

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: 66

SEX / लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सुरीन का नाम: N/A Lingachal?

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास: Channaballi, Srirangapatna taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास: Mandya (A) Karnataka



pic of - partop
1862 - Jayamma

OCCUPATION / व्यवसाय: Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप करदाता हैं (को प्राय ही एक या दो को चिह्नित करें): Yes / हाँ / No / नहीं

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / आयु (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन के साथ संबंध
1	Shivalaju	13	or	grandson

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के लिए चिह्नित करें

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Aadhar Card Copy) / राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (उपरोक्त पत्र को अलग ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय और वर्ग प्रमाण पत्र (उपरोक्त पत्र को अलग ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (उपरोक्त पत्र को अलग ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / आस्थापना/चिकित्सक से जारी की गई उचित/अनुप्राप्त दवाही संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract LE - cataract
2	Surgery - RE - cataract - surgical

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र हो?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / वही पत्र प्राप्त पत्र

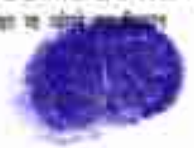
DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक दान अर्थात धन:-)

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ बताने के लिए इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार बता रहा हूँ। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरा आवेदन और जारी सहायता, यदि कोई हो, अस्वीकार/रद्द करने के लिए लायक है।
- मैं यहाँ बताने के लिए इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार बता रहा हूँ। यदि मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के लिए जिसके लिए मैं सहायता माँग रहा हूँ, से कोई भी सहायता प्राप्त करूँ, तो मेरी सहायता अस्वीकार/रद्द करने के लिए लायक है।
- मैं यहाँ बताने के लिए इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार बता रहा हूँ। मैं भविष्य में किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी, के लिए जिसके लिए मैं सहायता माँग रहा हूँ, से कोई भी सहायता प्राप्त करूँ, तो मेरी सहायता अस्वीकार/रद्द करने के लिए लायक है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक दान अर्थात धन:-)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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.
- 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.
- इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ सहमत हो रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरी नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग करने के लिए अधिकार है, जो "उद्देश्य" के लिए सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है। इस उपयोग के माध्यम से, मुझे सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है।
- मैं (अर्थीक) आगे सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए सहायता माँगने के लिए सहायता माँगी जा रही है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है। इस उपयोग के माध्यम से, मुझे सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थीक दान अर्थात धन:-)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 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.
 - 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.
 - हम यहाँ सहमत हैं, हमारे यहाँ के अंतर्गत सिग्नेचर के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" को यह सिफारिश करने के लिए है, कि हम (हॉस्पिटल) हमें सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है।
 - यदि "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी जा रही है, तो हम (हॉस्पिटल) सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है। यदि सहायता माँगी जा रही है, तो हम (हॉस्पिटल) सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी जा रही है, तो हम (हॉस्पिटल) सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है। यदि सहायता माँगी जा रही है, तो हम (हॉस्पिटल) सहायता माँगने के लिए है, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृत करने के लिए सिफारिश

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख
12/12/2024

Dr. R. R. SETHI, B.A., M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.I.P.S.I.
Specialist Cataract and Refraction
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व ठेका नंबर व पता, जहाँ...

Lakshmi
Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों के साथ
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों के साथ
[Signature]