

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1222/1862

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

21/12/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Prema

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुका का नाम

W/o Ananda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anedaddi Village, Maddur taluk Hosakere
Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनिधि 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 + PCZM

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 सी गई सहायता राशी
1)		

Pre OP
1862
Post OP
Prema

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक हुन घोषणा यः

- 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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से स्थापना करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पद पत्र है।
- 3) मैं यही कथन करता हूँ कि जिस स्थापना से मैं राशि प्राप्त कर रहा हूँ, उस स्थापना का आर्थिक या समकक्ष विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कम्पनी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिज्ञान दाता सहमत)

- 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/post-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.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तर पर यह छोड़ने की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, छोटे और बड़े विवरण इस बात में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एलएन न्यायी, दान, सार्वजनिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और वित्तियनों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका एक पन्ना या कर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, छोटे और विवरण को कि सहायता में उद्देश्यों से शामिल है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान्य उसकी न्यायियों का निर्णय अंतिम और सम्बन्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास और जगहों पर या अंगुली का निगरान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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:

- 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्जीनरिंग के लिए संस्थान

Date of Surgery
जरीकरण की तारीख

 $\sqrt{e^2}$

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive
Surgery
RMC No. 90344

Mr. Lakshmipathi N
Manager, Cudmarch
Institute for Dislocated & Eye Care
(A unit of Sripradha Eye Care Trust)
M. Thirumalash Road, Mullaikudi, Tamil Nadu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक सहयोग प्रोग्राम

SIGNATURE of TRUSTEE:

नवम्बर १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वाजी इत्यादि २

01.12.2022