

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		N/0123/1981		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		06/01/23	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		Padma		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग		
				55	F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम							
w/o Katharayan							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता							
# 352, A lane, Anjappa, Manden							
Mysore Road, Bangalore, Chamara, PC+Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता							
Same as above							
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
Home maker							
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. (आई टैक्स संख्या)							
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर एसेस है (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 सम्बन्ध		
1	Mahalaxi		30	F	Daughter		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन 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 विनती का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न						
1	Diagnosis RE- Cataract LE- Cataract						
2	Surgery LE- Cataract + PCICL						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी			
1	DBCS			8000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यतः

- 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 एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहायता हेतु यह प्रारूप की गई है, उस राशि का अधिक या समकत किसी किसी अन्य स्रोत/विधेयक/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (संलग्नक प्रारंभिक)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या जंगले की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके ग्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कॉलिका" एवम् ग्यासी, रज, माचनका दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के तथे किन्ती भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या कार्ड में करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व ग्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है कुले स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एवम् उसके ग्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

सावेदक के समस्त कार्य अंगुठे का नियाम



AGREEMENT by HOSPITAL (HAFHIN 270 400)

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.

इससे अधिकांश, इनकाधरी की ओर से समर्थनप्राप्ति को "अतिरिक्त पदाब्धिरूप" से विवक्षित रहामया हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हम (इन्फान्त) निम्न प्रकार से सम्यक् समझा सकते हैं।

- 1) यह कि न तो बर्लिन और न ही पश्चिम में विभिन्न सहायक किसी नैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्री से उक्त ऐपै/मपने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका पाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उक्त के संस्था में "कॉलिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका पाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित अतिरिक्त/सफल हेतु मनुष्य स्त्री बिना जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विभिन्न मदद उक्त ऐपै/मपने हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेगा/लेवे।

2. "कोशिका फायर्न्डेशन" से ही यह सहायता योग्य विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर इन्सालत द्वारा ही यह सलाह का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इन्सालत के बीच का विषय है और "कोशिका फायर्न्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये इन्सालत में ऐसी के प्रत्यक्ष सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्सालत की होती और "कोशिका" की कोई सुझा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

06/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of D.O. Signatory with Stamp)
Consul General, Pune

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Service on behalf of Hospital)
15/04/2020

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

मानविक उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इम्तयाज़ ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रनाथ २

Rich