

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/0123/1986		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 06/01/23		 Preop Postop 1986 Thavapusanam	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Thavapusanam		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 66	SEX लिंग: F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम: w/o Raju					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता: H 310, 3 rd Cross, 2nd main Near St Joseph School, Bha kshi Garden Bangalore Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी 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 करें)			
PAN No. स्वामी खाता संख्या:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो इस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 सम्बंध	
1	Suresh	39	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगिता 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis RE - P102 LE - Cataract				
2	Surgery LE - Cataract + P102				
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		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य प्रमाण है जो मेरी सहायता निमित्त जो न मिलेगी है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग में लाया जाएगा, जो इस प्रश्न में पता चला है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कोई भुगतान ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

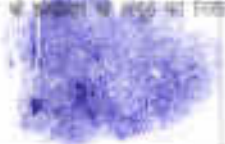
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest 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 मुद्रा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए उपयोग में लाया जा सकता है, जिसमें वार्ता, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित सभी माध्यमों के माध्यम से जानकारी के लिए, सहित दानों के लिए कोशिका फाउंडेशन और/या इसके विवरणों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए। मेरी फोटो और विवरण का उपयोग मेरी सहायता के लिए या मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से किया जा सकता है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को नि:स्वार्थता के उद्देश्यों के लिए ही प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से किया जा सकता है। इस संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित करने के लिए मेरी स्वीकृति अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या मुद्रा का निमित्त


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहां प्रस्तावित की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, तो कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान की जाती है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो सहायता वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज या चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अवरोधन की तारीख

06/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBS, MS, FRCS, FICO)
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshmi Prathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj
16/M, Thimmarajwade, Kothrud, Pune-411 004)

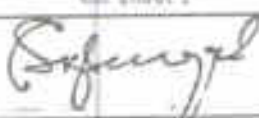
KMC No. 00244

KOSHKA FOUNDATION

आवश्यक उपकरण हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

