

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/2090 APPLICATION DATE: 17/01/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Venkatamma AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o venkateshappa
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Urali Agrahama Kolasa, Karnataka
56201

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Home maker MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: - (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. नहीं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 सम्बन्ध
1	Venkateshappa	56	M	Husband
2	Ravikumar	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनंती 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 LE - Cataract + P.I.O.

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 लई गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-



Preop Postop
2090 Venkatamma

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही 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) मैं इस को सहायता उचित "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछित हूँ, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से न पर प्रत्यक्ष भी नहीं हूँ, इस राशि का उपयोग या समस्त किसी किसी अन्य कोशिका/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जोसेफ ग्राफ कपूर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 मोहर को प्राप्त साक्षर, मैं (आवेदक) जारी साक्षरों को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यायी, दान, या अन्यथा दूसरे उद्देश्य के लिये गतिविधियों और व्ययों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पत्रों या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे कदा: सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसकी न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपके नए प्रोजेक्ट के लिए हमारे साथ मिलें



AGREEMENT by HOSPITAL: (WHEN NOT N/A)

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 अधिकतर जवाबदायी की ओर से भावपूर्णता को "अद्वितीय भावपूर्णता" से मिलियन सहायता से सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (इसका) सिद्ध प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न के संलग्न और न ही संलग्न में विधि सहायता किसी भी साक्षरी सामग्री या किसी अन्य स्रोत से उक्त दैनिकी/पत्रों में लेने या तो छे है, जैसे कि रुपये "कोशिका पाठ्यपत्र" से मिश्रित/विभिन्न उक्त के सामग्री में "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा भर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा सहायता विधि कोशिका/पाठ्य सहे मनुष्य की किया जाता है तो अनपेक्षित किसी अन्य भी साक्षरी संभव या किसी अन्य साक्षरी से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सामग्री विधि सहे उक्त दैनिकी/पत्रों हेतु किसी भी साक्षरी संभव या किसी अन्य साक्षरी से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोरिया काउन्सिल" के लिये गये साक्षात्कृत विधिगत प्रक्रिया को है। ऐसी-से उपर्युक्त इस से यह साबित हो किने गये जवाब/प्रतिक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हस्ताक्षर से प्रेषित का विषय है और "कोरिया काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में ऐसी से उत्पन्न मुख्य और अन्य बातों को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्ताक्षर को होती और "कोरिया" को कोई अधिकार का विरोधही इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

समीक्षकों को लिए संलग्न

Date of Surgery

संयोजन को ज्ञात

17101/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No 90024

Mr. Lakshminipathi N
Manager, Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A Unit of Sri Lanka Armed Forces Trust)
14, Thimma's Lane, Colombo 10, Sri Lanka

SIGNATURE OF TRUSTEE: _____

संजीवनी

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि २

Rich