

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

BLU124/2139

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

31/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Bengama

AGE - YEARS वर्ष - वर्ष

50

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

10/0 Krishna PP9

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बासिस्थान पाल

Minu manthra K.R.S Agrahara, Maligundu
T.G.G. Hobli, Kunigal taluk, Tumkur
Dist: Mysore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवश्यक पाल

Date: 10/01/2024
Place: Posh/2139 Bengama

OCCUPATION:

Furniture maker

MARRIED (जिवाल) / UNMARRIED (अजिवाल)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कृषि व्यापार - अरप

(Attach Proof of Income)
(आप का साध्य मालिन)

PAN No. संख्या चयाता संख्या:

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

Yes / No
Yes / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये लिनें आवधार

BPL Card (Attach Card/ Copy) मण्डी रोड के ज़ीरो प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र और लापता भरी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास वाले वर्ग उपलब्ध पत्र (प्रमाण पत्र की जापता भरी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जापता भरी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्य साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी गमे विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्याधीनस्टर ने जारी की गई आवेदन सभी संकाय
①	Diagnosis : RE cataract NE cataract
②	Reason : NE cataract + PDR
③	
④	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी अन्य वाहन से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य सहायता का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED इस उद्देश्य सहायता राशी
①	DBS	2000/-
②		
③		
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा प्रोत्त पात्रः

- 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 संकेत करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ये जनकारी के अनुकूल नहीं यहां पर्याप्त नहीं हैं। यदि कोई विवाह एवं कथन असाध्य पापा जाता है तो मैं उसका विवरण की जा सकती हूं।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", से लेने जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के पूर्ण के लिये किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में था।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह प्राप्ति को नहीं है, उस परिणाम से जनक दिस्ता किया जाने चाहुए विवरण/सेवा कम्पनी में न ले लिया है और न ही भविष्य में ले लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कारण)

- 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 fulfilment 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 प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या छांटे की ओर लागवार, मैं ("जनकारी") अपनी सहायता को पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधिकारी" को अधिकृत करता हूं कि मैं नाम, पता, छोटे और जो विवरण इस प्राप्ति में दी गई है, उसे "कोशिका" द्वारा नाम्यो, नाम, जनकारी या इसी उद्देश्य में जुहो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किये गए प्रसार साधनम् से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्राप्ति का विवरण ये इतना के फलसे या याद में करते थे जिस "कोशिका फाउंडेशन" व नाम्यो अधिकृत है।
- 2) मैं ("जनकारी") इस बात से सहमत हूं कि मैं नाम, पता, छोटे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है नुहों स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके नामियों का नियंत्रण अतिम और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के नाम पर अंटे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर-द्वारा कारण)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.
- इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मापदंडों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विकारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) जिस इकाई में यानि जनकारी सम्बन्ध में विवरण दी गई है। यदि कोशिका फाउंडेशन से विविध सहायता दी जाती है तो उसका अन्य भौतिक संकेत सहायता के लिये या ले लें या ले रहे हैं, तो वे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता कियी गई जाती है तो उसका अन्य भौतिक संकेत सहायता के लिये या ले लें या ले रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से विविध सहायता किया गया है तो उसका अन्य सम्बन्ध में जनकारी सम्बन्ध में जनकारी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सहायता करता है कि अस्पताल द्वितीय घर उक्त एकीकरण में हेतु किसी गैर जनकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होना।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता कियी गई जनकारी सम्बन्ध में विवरण अन्य भौतिक संकेत सहायता के लिये या ले लें या ले रहे हैं, तो वे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यादव देते हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकृत/सहायता हेतु गन्तव्य नहीं किया जाता है तो उसका अन्य गैर जनकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में जनकारी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में सहायता करता है कि अस्पताल द्वितीय घर उक्त एकीकरण में हेतु किसी गैर जनकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होना।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता कंकल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा दी गई सहायता या जिसे यहे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेंगी एवं उसका

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathin
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नम्बर 16 मीलर टैंक बेड एरिया

Date of Surgery
अंगोंस्ता की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refract.
Registration No. Regt. No. Min. Stamp
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2