

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: 8) 112-H-2156

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि 6/11/24

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Seethamma

AGE-YEARS वय-वर्ष 75  
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
जिता/वादुमा का नाम

N/o Krishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान जावसीय स्थान  
Hobhani Kolar Distt. Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावसीय स्थान

OCCUPATION:  
जब्बतापाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No.: स्थाई नाम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
ममा आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वान लगाये)

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 सम्बन्ध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द आय कर्ता प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साक्ष
--	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**

सहायता हेतु किये गये विवरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न		
①	Diagnosis - RF- radiotracer DF- radiotracer		
	Surgery - Decort-IPITOL		

**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 राशि
②	DBU	2000/-



PreOp PostOp  
8156 Seethamma

**DECLARATION by APPLICANT:** जावेदक द्वारा पोषण पर:

- 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 जावेदक करता हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण मेरी जलवायी के अनुसार मात्र पर्याप्त हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कामकाल अपने पाये जाते हैं तो यहे जलवायी नियम की बाबत है।
  - 2) मेरे द्वारा जो महावाह परि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी सभी जावेदक की पूर्णता के लिये किया जावेद, जो हम प्राप्ति में भाग नहीं है।
  - 3) मैं पुष्टि करता हूं कि विवरण महावाह हेतु नहीं प्राप्ति की जाती है, उस गांधी का जावेदक या सहायता हिस्सा किसी अन्य द्वारा/नियोजित/दीया कम्पनी से न जाता है और न दी परिवर्तन में है।

**AGREEMENT by APPLICANT** (जावेदक द्वारा करार)

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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रयत्न जावेदक की जावेदक सहायता की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नवाचारों को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और जो विवरण इस प्रयत्न में जावेद है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूष, जलवायी दूष तदेश्वर में युद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियो गये प्रसार यात्राओं में जावेद करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण मेरी इताज के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व जावेदी अधिकृत है।

2) मैं (जावेदक) इस बात में जावेद हूं कि मेरा नाम, पाता, फोटो और विवरण जो कि जलवायी के उद्देश्वरों में प्राप्ति है मुझे सकता; जलवायी का इच्छापत्र नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का नियम अविष्ट और जावेदकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

जावेदक के जावेदक का अधिकृत का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करार)

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 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.

इसी अधिकृत, हस्पताल की ओर से जावेदकों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध जलवायी हेतु विकारीय की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) जिम्मेदार साकारा करते हैं।

1) यह कि न तो जर्मानी और न ही भारतीय में विविध जलवायी किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य शोषण से उक्त गोरी/पामले में लौगे या लै लै है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकारीय किसी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जावेद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जलवायी विकारीय अधिकृत/सकल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से जलवायी लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट जावेदता है कि अस्पताल विकारीय जरद उक्त गोरी/पामले हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेंगी।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नी गई जलवायी के बावजूद विविध प्रकृति की है। उन्होंने यह हस्पताल द्वारा दी गई जलवायी का विवरण गोरी/पामले का जुकाम देंगे एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का आर्डर देखा नहीं है। इसलिये हस्पताल में गोरी के इताज गुप्ता और जावेद की साथी विकारीय गोरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णता या विवेदीयी इस प्रकार में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
सहीकृती के लिए संस्कृति

*Mr. Lakshminath N*

*Mamad*

*Institute for Development & Eye Care*

*13, Unit of Sankalp, Sector 10, Faridabad, Haryana - 121002, India*

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

नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम की तारीख <i>6/11/2024</i>	<b>Dr. Laxmi Dorennavar</b> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. & Regd. No. 100101010101 DMMC No. 1002001111	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      अन्तर्राजीक उपयोग हेतु
---	---	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्पताल 1

*Safayal*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्पताल 2

*Lakshminath N*