

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0123/2187

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

20/1/23

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

L/o Chikkaida

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Maganakere Maddur taluk Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)
(आय का सक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया उति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया उति 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 PE Cataract LE Cataract
2	Surgery LE --- Cataract + P.IOL

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 ले गई सहायता राशि

Preop postop
2187 Jayamma

DECLARATION by APPLICANT: none to show ex-

- 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 प्रश्नपत्र 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) मैं दृढ़ता से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से की जा रही है, उसका उपयोग उल्लेख की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में था।
- 3) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या प्राप्त की गई है, उस पर किसी भी अधिक या समान विस्तार किसी अन्य कोशिका/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही अधिन में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (အကျိုးရှိသူ၏ သဘောတူ)

- 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 Kashioka Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या जवाब इच्छा या अन्य को छात्र सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके प्रशासकों" को अधिकृत करता हूँ कि वेतन, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" प्रश्न पत्रों, पत्र, साक्षात्कार दूसरे उद्देश्य से जुड़ी अभिलेखों और वित्तियनों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न या विवरण में उल्लेख के फोटो या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व प्रत्येक अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेतन पत्र, पत्र, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्कार के उद्देश्यों से अधिष्ठित है मुझे सहायता का साक्ष्य नहीं बतलाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न पत्रों व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और माध्यमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेखक श्री राजाश्री एम. अंबेडकर का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (६१५००० ३०० ५००)

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

इससे अधिकतर हस्तशिल्पी भी जीव से सामंजस्यपूर्ण को "बोशियाव पाठशाला" से विविध साहाय्य हेतु शिक्षाविश को जाती है, जिसे हम (हस्तशिल्पी) निम्न प्रकार से चान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संवोधन और न ही वृत्ति में विविध संस्थाओं किसी एक साकारता संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च ऐंगीकरण में लगे या ले रहे हैं, बल्कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से विचारित/विपरीत उच्च से संस्था में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा संस्था विपरीत गति/कार्यक्रम हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाय है तो संस्था किसी अन्य एक साकारता संस्था या किसी अन्य संस्था में साकारता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि संस्थागत द्वितीय चरण उच्च ऐंगीकरण हेतु किसी एक साकारता संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से ली गई साकारता संस्था विपरीत प्रवृत्ति को ही ऐंगी या संस्थागत द्वारा दी गई संस्था या विपरीत गति/कार्यक्रम का प्रस्ताव ऐंगी एवं संस्थागत से प्रेषित का किया है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए संस्थागत में ऐंगी के द्वारा प्रस्ताव और अपने अपने को सही विचारों ऐंगी एवं संस्थागत को लेगी और "कोलिका" को कोई प्रस्ताव या विचारों इस प्रकार में नहीं लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सवीकृतो नो लिपि संस्तुति

Date of Surgery
ਅੰਦਾਜ਼ਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ

98 / 23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Doctor)
MBBS, MS, FRCS (Ed)
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. LakshmiPatni N
Manager Outreach

Institute for Diabetics & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(Address & Contact Details)
10/4, Thimmasaiah Road,
New Bazar, Hyderabad-500002
नया बजार, हैदराबाद-500002

REPRODUCED BY THE KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जाति वर्ग के लोग

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
सुभाष कृष्ण २

01.12.2022