

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/012312214
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/1/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mahadevappa
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
58

SEX लिंग
M

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



Preop post-op
2214 Mahadevappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Sivathanthra Nagar Srirampuram
Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Coolei
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्याई 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
1	Harididdamma	26	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 विनिली का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCOL

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 लगी गई सहायता राशि
1	DRCB	2000/-

DECLARATION by APPLICANT:	अभिषेक झाा बीकानेर राज
---------------------------	------------------------

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा माँ-सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से की जा रही है, जिसका उपयोग करने परदेस की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं यहाँ कतार दूँ कि जिस सहायता को मैं माँ-सहायता की जा रहा है, उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल प्रत्येक किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (प्रतिवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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/post-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 इच्छा का जवाब को जवाब साधकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मयादियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मगाने, पत्र, साधकता इत्यादि उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपस्थितियों में लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने में लिप्त अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निवारण मेरे इच्छा के जवाब या कर मे करके को लिप्त "कोशिका फाउंडेशन" व मयादी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि साधकता के उद्देश्यों में अधिकृत है मुझे ज्ञात: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके मयादियों का निर्णय अंतिम और साधकता को होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

आदिवासी को **बुराबाई** का संकेत था जिससे



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर और मुद्रा)

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.

हमारे अधिकतर ब्रह्मचारी श्री और श्री भारती/श्री को "कॉलेजियल फ्रेंड्स" से विविध चारापत्र ईत विपणित की जाती है, जिसे हम (ब्रह्मचारी) निम्न प्रकार से चान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृती के लिए संस्था

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

125

24/1/20

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCP

Consultant • Photo & Refractive

EDR INTERNAL USE OF KRC
KMC No. 90244

Mr. Lakshmipathi N.
Manager Outreach

halogenation & Saponification

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Service/behalf of Hospital)

194. **Thymus** is the largest lymphatic organ.

1000

ल. सं.

SIGNATURE of TRUSTEE 1

1. *Pharmaceutical Industry*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संज्ञा संख्या ३

01.12.2022