

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : N/0123/2216

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 24/1/23

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Bhagyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम W/o Shanthraj



preop postop
2216 Bhagyamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

4th main Road, Krishna Colony, Sapotam
Gandhinagar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 12,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पayer 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	Shanth Raj AR	57	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये भिन्नि 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 निवृत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis HE catact LE catact
2	Surgery RE catact + PCI

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	DICS	2000/-

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 कोसना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही मानकर ही अनुवाद सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यन्त घास खास है तो मेरी साक्ष्यता विरुद्ध की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साक्ष्य दिये "कोडिका साक्ष्यमाला", से ली जा रही है, इसका उपयोग सभी कोर्टों की सुनौं के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में गवाह गवाह है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस साक्ष्य के लिये मैं प्रार्थना कर रहा हूँ, उस दायित्व का अधिकार या साक्ष्य विरुद्ध किसी अन्य कोर्ट/विधायक/न्यायाधीश को न हो सके और न ही भविष्य में सृजित।

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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

संवेदन को समझना या संशुद्धि का प्रमाण



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.

- in this matter:
- हमारे अधिवक्ता, हस्ताक्षरी की ओर से गणतंत्रोपदेश को "कोरिन्था पाउन्डेशन" से विलीन कराया हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रस्ताव से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विलीन कराया किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च रीति/मान्यता में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिन्था पाउन्डेशन" से विचारित/विचारित उच्च से सम्बंध में "कोरिन्था पाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोरिन्था पाउन्डेशन" द्वारा कराया किसी अधिकतम/मरद हेतु मनुज नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मरद उच्च रीति/मान्यता हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोरिन्था पाउन्डेशन" से ही गई कराया संस्था विविध प्रकृति की है। ऐसी या हमारा द्वारा की गई कराया या बिने नई कराया/प्रकृति का कुछ रीति एवं हमारा को बीच का विषय है और "कोरिन्था पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमारा में लेने के द्वारा सुरक्षित और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं हमारा को लेने और "कोरिन्था" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अस्त्रोपकरण को तारीख 24/1/2023	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name of the Surgeon, who will perform the surgery) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco & Refractive RMC No- 95244	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) on behalf of Hospital (A Unit of Shri Chaitanya Eye Care) # 1034, Thimmarasu Road, Bangalore
--	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ग्यासी डरुंग २