

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N1012312218

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 24/1/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Premaleela

AGE-YEARS आयु-वर्ष 80

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम w/o chalapathi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

4th main Road near Thirumala
Enthapetice Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 11,000/-

(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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)	MU Ramesh	42	M	Son
2)	Bangit MA	19	M	Son

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

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Dreg recs RF cataract LF cataract
2)	Surgery LF cataract + PCICL

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

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



prop Postop
2218 premaleela

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यथा:

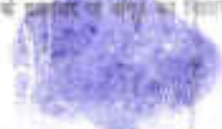
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 योक्तव्य करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही व सत्यकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं योक्तव्य करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बतल गया है।
- 3) मैं योक्तव्य करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह राशि नहीं लूँगा, न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ही किसी भी और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अवगत करवाती हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित हों, जहाँ "कोशिका" एम्बेड्ड, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्य के लक्ष्य की पूर्ति के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी छाप या विवरण ऐसे हस्ताक्षर से प्राप्त हो सकते हैं जो मैं करने से लिए "कोशिका फाउन्डेशन" या भरोदारों को अधिकृत करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के लिये दिये जायेंगे, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्बेड्ड, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों द्वारा प्रकाशित और आकांक्षित होयगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

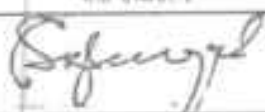


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त-पक्षों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारा और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी, जहाँ हम "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लक्ष्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी अंश/पूर्ण रूप से नहीं मिलती है, तो हमारा अधिकार है कि हम उसी रोगी/रोगी के लिये अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखेंगे। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय पक्ष उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता को प्राप्त या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता को प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने को सभी जिम्मेदारों रोगी एवं हस्पताल को होंगे और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 24/11/23	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name) MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Phaco & Refractive	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name) Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
KMC No. 16/244 FOR INTERVIEW USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 