

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1012312223

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Ramaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

119 7th main Road cth cross Gautham
nagar Skitampuram Bangalore
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
2223 Lakshmi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,200 /-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति 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)	Diagnoses RF cataract LF cataract
2)	Surgery LF cataract + PICAL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: none on file to

- 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 Kashiika 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 सच कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच/कल्पित प्रमाण प्रमाण है तो मेरी सहायक निष्ठा को या प्रकट है।
- 2) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायक, यदि प्राप्त की गई है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि मैंने प्राप्त की गई सहायक, यदि प्राप्त की गई है, केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेख किया गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (indicate the way)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, दान, वाक्यांश दानों, इत्यादि से मुझे भविष्य में और उपस्थितियों में सिर्फ किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वो प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर की पुष्टि या दान से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर से उद्धरणों से प्रसारित है मुझे स्वतः हस्ताक्षर का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्धरणों या भरोदारों की निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

जलपान के कारणों का संक्षेप



AGREEMENT by HOSPITAL: (SEE PAGE TWO-THREE)

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/cases 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 अधिकार, हमारी जी आने-ले जाने-लेने की "अविनाशिकता" से शीघ्र सम्बन्ध होना चाहिये की जाती है, जिसे हम (हमself) गिन-गना से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही अधीन में मिलियन सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च होती/पावले में होने या हो रही है, बल्कि कि इनने "कोशिका पाठ्यपत्र" से विशिष्ट/विशेषज्ञता प्राप्त की सम्बन्ध में "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा पार हो कि है। और "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा सहायता किसी अधिकाधिकतर होतु मन्त्रु नहीं किया जाता है यी सम्बन्धता किसी अन्य भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सम्बन्धता में सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धता प्रीति पर उच्च होती/पावले होतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सम्बन्धता से नहीं होतु/होती।
2. "कोशिका पाठ्यपत्र" से होतु सहायता केवल निम्न प्रकृति की है। ऐसी न होतु/होती द्वारा होतु सहायता या किसी भी उच्चतर/प्रतिष्ठित या उच्चतर होती एवं सम्बन्धता के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपत्र" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीप्रकार सम्बन्धता में ऐसी न होतु/होती सुरक्षा और अपने जाने की सारी सम्बन्धता ऐसी एवं सम्बन्धता की होती और "कोशिका" को कोई अधिकाधिक या विशेषज्ञता इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संलग्न

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$24 \mid 1 \mid 23$$

Dr. Laxmi Dorennavar
(M.B.B.S, M.S., F.R.S., F.I.C.O)
Consultant - Ophthalmic & Refractive

Mr. Lakshminathi N.

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

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्ट्यांन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 4

पुष्पों का प्रयोग ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

महाराष्ट्र सरकार

Rich