

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: N/0123/2224
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Lakshmi
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 64
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Jayaram
पिता/सुपुत्र का नाम



Preop Postop
2224 Lakshmi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lakshminagarapuram Bangalore north

Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

10,500

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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
1)	VANETHAJ	33	F	Daughter

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

BPL 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) उपभोग्यता 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE cataract LE cataract
2)	Surgery RE cataract + PCFOL

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 ली गई सहायता राशी
1)	DBCS	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.

[illegible]

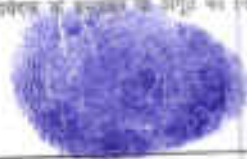
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 तरह या अपने हस्ताक्षर या अपने को छाप शपथ, मैं (नारद) अपनी संपत्ति को दान करता हूँ एवं "कोशिका चरखेवन और उसके नातेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वेत नाम, पता, पते और जो विवरण इस उद्देश्य में प्रेषित है, इस "कोशिका" दान में शामिल, दान, वासनाएं इसके उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और कर्तव्यों को निरूपित करने के लिए किसी भी प्रकार आवश्यक से प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दान का निष्पत्ति पर हस्ताक्षर करने या दान में करने के लिए "कोशिका चरखेवन" व नातेदार अधिकृत है।

2) मैं (नारद) इस बात में सहमत हूँ कि वेत नाम, पता, पते और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वयं; सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" दान करने वालों को विशेष अधिकार और वासनाएं होगी।

आपको यह सुनिश्चित करना होगा कि आप अपने



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 अधिवक्ता, इलाहाबाद की अदालत में मामलेमें भी भी "कोरिका फाउन्डेशन" से मिलित साक्ष्य हेतु लिखवाया जा रहा है, जिसे हम (इलाहाबाद) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
1) वह कि व से कर्षण और व से अधिक से मिलित साक्ष्य किसी भी साक्ष्य के अन्तर्गत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनी चाहती है ताकि या से हो सके, जैसे कि हमने "कोरिका फाउन्डेशन" से लिखवाया/लिखी जाय के अन्तर्गत व "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य मिलते अतिरिक्तफल हेतु मारु नहीं किया जाता है तो अन्तर्गत किसी अन्य स्रोत साक्ष्य के अन्तर्गत या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य होने का अधिकतर सुनिश्चित करता है। हम भूति व स्पष्ट बता जाते हैं कि अन्तर्गत मिलित मार उक्त होनी चाहती है तो अन्तर्गत और साक्ष्य के अन्तर्गत या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं होनी चाहिए।

3. "कोविड प्रमाणपत्र" से तो कई मायामा संभव विभिन्न प्रकृति की हैं। ऐसी या इनका इस्तेमाल इस से भी सावधान या बिना इसे अनिवार्यता का मुद्दा ऐसी एवं इनका प्रयोग को बीच का विषय है और "कोविड प्रमाणपत्र" इस बिंदी प्रमाण पर कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इनका प्रयोग में ऐसी को इनका प्रयोग और जाने जाने को साथ विनिर्देशों ऐसी एवं इनका प्रयोग को ऐसी और "कोविड" को कोई प्रमाण या विनिर्देशों इस प्रमाण में नहीं कोटी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/1/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive
Surgery
FOMC No. 90244

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Sri Lanka State Bank Ltd.)
Sri Lanka State Bank Ltd., Western Division Office

आधुनिक उपकरण है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्री श्री राजेश 1

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही बजावत 2

12/2/8