

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/2056
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 26/1/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Radhamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
55

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Narayanaswamy
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Channale, Daddanallata, Bangalore Rural, Karnataka
वर्तमान आवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above
स्थायी आवास पता



PROOF postop
2256 Radhamma

OCCUPATION: Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: -
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थान: खाली 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	Narayana Swamy	64	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 चिन्हों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रविष्टि/पत्र सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया 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: **जारीकर्ता द्वारा घोषणा है:-**

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उभी वहीँ काम की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- 3) मैं ज़रूर करता हूँ कि जिस सहायता से मैं प्रत्येक की गई है, उस राशि का उपयोग या समस्त विस्तार किसी अन्य कोश/निरोधक/नौकरा/कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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 प्रश्न पर अपने उत्तरादाता या माता को प्राप्त साक्ष्य, मैं (अवेरेक) अपनी सत्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन" को उसके माताओं "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, इसे "कोशिका" एचएफ प्रवासी, एचए, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से कुछी प्रतिबंधित और कलात्मिकों को सिधे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रस्तुत करने को निषिद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे उत्तर को पहले या बाद में करने को निषिद्ध "कोशिका फाउंडेशन" व माताओं अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेरेक) इस बात को सत्यता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के उद्देश्यों से प्रस्तुत है मुझे कला, साक्ष्य या उत्तरदाता नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचए उसके माताओं का सिधे सीधे और माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આચાર્યશ્રીએ એક સમયે કહ્યું કે, આજે તમે જે કંઈ કરો છો તે બધું જોઈને મને ખૂબ દુઃખ થાય છે. આજે તમે જે કંઈ કરો છો તે બધું જોઈને મને ખૂબ દુઃખ થાય છે.



AGREEMENT by HOSPITAL (एस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अप्रतिष्ठ, हस्तग्रीही की ओर से गमाले/ऐरी को "बोशिया पाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु शिफारिश की जाती है, जिसे इस (इम्प्लान्ट) डिम्ब प्रसार से सफल व जीवित करने है।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अंतिम में विविध सहायता किसी नै-संकायी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती, यद्यपि वे लोग या तो इसे हैं, जैसे कि हमने "कौशलिक भावनात्मक" से विपरीत/विपरीत कला के सम्बंध में "कौशलिक भावनात्मक" द्वारा मरुत हेतु कि है। यदि "कौशलिक भावनात्मक" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्था से प्राप्त हो, यद्यपि यह किता जता है तो अनसहाय किसी अन्य नै-संकायी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असहाय द्वितीय मरुत प्राप्त होती, यद्यपि हेतु किसी नै-संकायी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं होता/होती।

2. "कोरिया काउन्सिल" से भी काउन्सिल में मत मिलित प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पेचल द्वारा ही गई सलाह का किये गये उपमाप्रक्रिया का प्रयोग ऐसी एवं इम्पेचल के बीच का विषय है जो "कोरिया काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इम्पेचल में ऐसी के इलाक मुफ़ा और जाने जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं इम्पेचल को होती और "कोरिया" को कोई प्रभाव का विनियमों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

बन्नीकली के लिए सोलरिण

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिप्रेतान् भवौ सार्वभौमौ

26/1/23

Dr. Lakmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant, Plastic & Reconstructive

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shroddha Eye Care Trust)
R.M. Thimmiah Road, Mysore Taluk, Badami

SIGNATURE of TRUSTEE:

[illegible]

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संजीवनी

10/10/10