

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0123/2272 APPLICATION DATE: 26/1/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Naveena Himanth Kumar AGE-YEARS आयु-वर्ष: 49 SEX लिंग: F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Himanth Kumar
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
#19/2 26th Cross Behind Jalaballi Village,
Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop postop
2272 Naveena Himanth Kumar

OCCUPATION: Coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 29,000/-
कुल वार्षिक आय

(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 निशान लगावे)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic 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	Diagnosis RF Cataract LE Cataract
2	Surgery LE Cataract + PCOL

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

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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/annulment.
- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा सहायता प्राप्त नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी-चाहती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेज रहा हूँ, इस रकम का वापस या सब्सिडी किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

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/post-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, प्रसारण, दूरदर्शन से सुनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का प्रकाशन मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इंतजार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यायिकता का निर्णय अंतिम और अपरिवर्तनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)**

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 जाएगी या पासपोर्ट साइज की फोटो के साथ, जिस रूप (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रस्तुत करता है।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या से नहीं है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सहायता प्राप्त करने के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भेजा है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी प्रकार/प्रकार से प्राप्त नहीं की जा सकती है तो हमें स्वतः किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल पूर्णतः उक्त रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया/किया जा रहा है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता 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 को हस्तगत सुझाव और जाने जाने को सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अंगुली की छाप संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICOConsultant - Phaco & Refractive
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
RMC No. 95244

Mr. Lakshmi N

Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diseases of Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
16/M, Thimashan Road, Malabar Hill, South Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम 1 हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम 2 हस्ताक्षर