

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0224/2420

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/2/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakkamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

L/o Basavaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Kadagihalli Tiptur Taluk Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

pre-op post op
2420 Lakkamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home-Maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

जी आप आय का 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 से संबंध
1)	Basavaraju	68	M	Husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदरता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis Rx Cataract Rx Cataract
2)	Surgery Rx Cataract + PCLO

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 राशि
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.

- 1) मैं खोपरा करता हूँ कि इस प्रश्न में शिरो बाध कभी विकास में जानकारी को अनुपलब्ध प्राप्त एवं रही है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की सहायता तभी "कौशलिक कार्डिनेशन" से ही जा रही है, उसका उपयोग सभी अवस्थाओं की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस तौर पर अधिक या अधिक विस्तार किसी अन्य शोध/निष्कर्षकारी कार्य में न तो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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 fulfilment 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 का अर्थ है कि क्या यह सत्य है कि "कोशिका" एकमात्र ही वह है जो जीवन उत्पन्न करती है। यदि हाँ तो यह सत्य है कि "कोशिका" एकमात्र ही वह है जो जीवन उत्पन्न करती है। यदि नहीं तो यह सत्य है कि "कोशिका" एकमात्र ही वह है जो जीवन उत्पन्न करती है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग न्यून, पतल, फोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः स्वीकार्य नहीं लगते। इस सम्बंध में "कोशिका" एकमात्र ही वह है जो जीवन उत्पन्न करती है।

આણંદના બે જિલ્લાઓના પાંચ અંગુઠા આ નિવાસ



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 अधिकतर, इसलिये की ओर से समसंस्कृत की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हमसबल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सौरासन और न ही पक्षिय में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त छोटी/थपते में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिशनरिज/विनिधि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिधि अर्थात्/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य सनस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त छोटी/थपते हेतु किसी गैर साकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेते/लेती।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नई महापथ कोष विविध प्रकृति की है। लोग पर हमला द्वारा टी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लोग एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला में लोग के इलाज सुझा और अपने जाने को भरी जिम्मेदारी लोग एवं हमला को होती और "कोशिका" को कोई सुझा या जिम्मेदारी हम मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. Pheno & Refractive
KMC No. 10724

~~Mr. Lakshminathi N~~

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
16/M, Thimmaiah Road, Post # 1, K. U. C. Area,
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आर्गनिक रसायन हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्तेफार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Seferny

2020