

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:

आवेदन संख्या :

B/1224/2687

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 6/12/24

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कपुम का नाम

Bhadramma

75

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

SEX

लिंग

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

वास्तविक जावासीर पता

Doddamathur Post, Muddenahalli
Hobli, Kurnool Taluk, Tumkur District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

वास्तविक जावासीर पता

Koshika
foundation
Building block of life



Post
2687 Bhadramma

OCCUPATION:

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME:

जीवित आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष प्रमाण)

PAN No. स्थानीय ग्राहक संख्या

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

जीव आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर सही काट प्रियांशु लगाये।)

Yes / No

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	Bhadramma	46/4	W	SD

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

महायाता के लिये विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गवर्नरी रेफर के लिये प्रमाण पता (प्रमाण पता को लाए गए संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) महायाता के लिये प्रमाण पता (प्रमाण पता को लाए गए संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पता को लाए गए संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायाता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached मरणात्मक/ट्रीटमेंट से जारी की गई विविध रूपी संलग्न		
①	DIAGNOSIS:- RF cataract AC cataract		
	Surgery:- IEC cat-PCVOL		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिये कोई अन्य महायाता विनाशी अन्य स्वातंत्र्य से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई महायाता राशी
②	DBCS	3000/-

DECLARATION by APPLICANT: नवाचक द्वारा घोषित प्रति:

- 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 घोषित करता हूं कि इस प्राप्ति में लिये गये सभी विवरण मेरी जाकड़ी के अनुसार जात्यर्थ एवं यह है। यदि कोई विवरण एवं काम आवश्यक या जाता है तो मेरी सहायता निम्न जैसी जैसी है।
- 2) मेरे द्वारा जैसे सहायता यांत्रिक कार्यालय कार्यालय, जैसी जैसी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की जूही के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भासा गया है।
- 3) मैं निश्चित करता हूं कि विषय सहायता हेतु यह जाकड़ी की जूही है, उस जूही का अधिकार या सकल विस्तृत किसी अन्य संगठन/नियोजन/बोर्ड कम्बिटी में न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवधारक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर या अंगठी को जाप लगाकर, मैं (अवधारक) अपनी सहायता की पूरी करता हूं एवं "कोशिका कार्यालय और उसके जूही" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, जूही और जैसे जैसे विवरण इस प्राप्ति में संमिश्र हैं, उसे "कोशिका" एवं जूही, दान, याहूदी या दूसरे उद्देश्य में जूही गतिविधियाँ और उच्चारिताओं के लिये किसी भी प्रकार यात्रा से प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे उत्तर के पहले का बदले में करने के लिए एवं "कोशिका कार्यालय" वा जूही अधिकृत है।
- 2) मैं (अवधारक) इस बात से महसूस हूं कि मेरा नाम, जूही, फोटो और विवरण यों कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग है जूही स्वतः सहायता का हकदार नहीं कहता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जूहियों का विस्तृत अधिकार नहीं होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवधारक के नाम और अंगठी का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसपर अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से भव्यते/ऐरोंगो को "कोशिका कार्यालय" से विस्तृत सहायता हेतु विकलित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न उत्तर से सन्दर्भ करते हैं।

- 1) यह कि उस जैसी विवरण और न ही खलिय में विस्तृत सहायता विकलित गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उसके लोगों/प्रमाणे में जौही का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका कार्यालय" से विस्तृत विवरण उसके उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका कार्यालय" द्वारा दान हेतु किया है। यदि "कोशिका कार्यालय" द्वारा सहायता विकलित गतिविधियाँ और उच्चारिताएँ जूही की जूही अन्य संस्थान से जहांगता होते जाएँ तो अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवद उसके लोगों/प्रमाणे हेतु किये गए साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं संतुष्ट होते।
2. "कोशिका कार्यालय" से जैसी जूही सहायता के बाबत विवरण प्रकृति की है। यहाँ पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी जैसी हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका कार्यालय" द्वारा किये गए कामों वाले जूही उत्तर की जूही सुनिश्चित नहीं होती है। इसलिये हस्पताल में जौही के इतरवाच सुनिश्चित नहीं होता है। यहाँ पर हस्पताल में जौही को जूही की जूही अधिकृत अधिकारी की होती है। और "कोशिका" की कोई गुणिका या विस्तृत इस सम्बन्ध में नहीं होती।

Mr. Lakshminath N

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संवाकृती के लिए संस्कृतिManager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अपेक्षित जूही की तारीख 6/12/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Dr. Bhagya & Refractive Laser & Non Laser Surgery, N.	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
--	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जूही हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जूही हस्ताक्षर 2