

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B122412407

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथी

10/12/124

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Neelamma

AGE-YEARS वर्ष-

वर्ष

SEX लिंग

55 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

N10 kunnankappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थल जाता

Kilagere chamaraynuguda distt  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासस्थल जाता

H-

Post office  
Post code  
Distt Neelamma

OCCUPATION:

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का स्वाय संलग्न)

I No. स्वाय नम्बर संख्या

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

कृष्ण जाय का यहां है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास लगायें।)

Yes / याहे

No / नहीं

## FAMILY DETAILS संरक्षण विवरण

Sr. No.  
क्रम संख्याName of Family Member  
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)  
उम्र (वर्ष)Gender  
लिंगRelation with Applicant  
आवेदक के साथ सम्बन्ध

①

kunnankappa.

434

m

husband.

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता को किसे विनाति जाएगा

BPL Card  
(Attach Card Copy)गरीबी की कीचे प्रधान पत्र  
(प्रधान पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)जन आय वर्ग प्रधान पत्र  
(प्रधान पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)Ration Card  
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड  
(प्रधान पत्र की जाय प्रति संलग्न करें)Any Other  
Basis/Proof  
अन्य कोई जाह्य

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनाति का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई प्रारंभिक सही संलग्न

①

Diagnosis BC cerebral

IC infarct

Surgery: BC cat IPCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
उस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से किया गया है?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

वे गई सहायता राशि

①

DBLS

2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

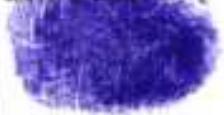
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 हूं कि इस प्राक्षय में लिये गये सभी विवरण येरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं खटी है। येरी कोई विवरण एवं क्रमन अप्राप्य पाया जाता है तो मैंने सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता दी गई "कोशिका फाउंडेशन", में लौं जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्राक्षय में आया गया है।
- 3) मैं चुनौत करता हूं कि इस सहायता हेतु यह प्रार्थना को गहरा है, उस गहरी का अर्थात् या सहायता निम्न किसी अन्य छोलनीयोंका/बीमा कम्पनी से न लोगिया है और न ही भविष्य में गैया।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अवेदक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राक्षय पर अपने हासाया का अंगठी की झाप सहायता, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पूर्णता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पक्ष, कोठी और ये विवरण इस प्राक्षय में भवित है, उसे "कोशिका" एवं न्यायी, दान, वाचन/वा.इ.सो उद्देश्य से तुरी गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी प्रसार व्यवस्था में प्रयोगित करने के लिए अधिकृत है। येरी प्राक्षय का विवरण मेरे इत्यादि के घोरों या बाहर मेरे कानों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस कान से सहायता है कि मेरा नाम, पक्ष, कोठी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्राप्तिंत है मुझे सत्य, सहायता का हाकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायीयों का नियंत्रण अधिकृत और व्यवस्थापन करता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

अवेदक का नाम वा अंगठी का निशान



**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 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 अधिकृत, हस्पताल की ओर से न्यायीयों को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हाप (हस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकृत करती है।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर वाकाती संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त न्यायीयोंसे में सेवे या ले ले हो है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन"
  - 2) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदर हेतु कि है कि यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत व्यक्तिकाल हेतु बन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल से विवारणीय/विवरणीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदर हेतु कि है कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियत व्यक्तिकाल हेतु बन्दूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर वाकाती संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वरूप कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदर उक्त न्यायीयोंसे हेतु किसी ने सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं सेवा/लेनी।
  - 3) "कोशिका फाउंडेशन" से नीं गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। नीं पर हस्पताल द्वारा या किसी गैर वाकाता/प्रक्रिया का चुनौत लेनी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में नीं के इत्यादि सुन्दर और अन्त जाने की स्थिति विवरणीय लेनी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई परिवर्तन या किसीदौरी द्वारा यापारे में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

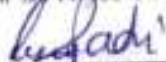
(A unit of Shraddha Eye Care Trus.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी



**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery  
अंगोद्धरण की तिथि

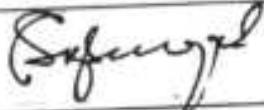
Dr. Laxmi Duttchavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant Dr. Phaco & Refractive  
MMC - Nizam, Hyderabad, Telangana, India, 500044

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदक उपायम हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्पताल ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्पताल ।

