

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु अवैदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/1224/2721

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

10/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

Nagamma

AGE-YEARS

वर्ष-

वर्ष-

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कर्तव्य का नाम:

Chandrababu B. Lingi: obaiah

40

Chandrababu

Hindupur, Channayyagudem

Kurnool

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जागमाय चाहे

pre op - part op  
2721 - Nagamma

OCCUPATION:

जीवनसाधन

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का गलत संलग्न)

PAN No.: स्ट्रीट संख्या संख्या

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

ग्राम आय का यात्रा है (जो मान्य हो उस पर सही का विश्वास लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Shivambabu	31	M	Son
②	Matachavanna	3+	F	daughter-in-law

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

सहायता के लिये चिन्हित अवधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
ग्रामीण रेत के लोचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति ग्रामीण संलग्न करें)	अस्पताल/दौकान में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न (प्रमाण पत्र की जाति ग्रामीण संलग्न करें)	उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति ग्रामीण संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान में जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RF - cataract LF - cataract
②	Surgery - RF - cataract + pcat

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसीसे अन्य स्रोत से दिया गया हो?

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

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिये गये सभी विवरण ऐसी जाकरी के अनुसार सचेत पर्याप्त होते हैं। यदि कोई विवरण एवं कानून अवधारणा वाला बताता है तो ऐसी सहायता निश्चल की जा सकती है।
- 5) मैं द्वाटा जो सहायता यांत्रिक फारांडनेशन, जो तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में पर्याप्त है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूं कि लिये सहायता हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस एवं का अधिकार या सकल विस्तृत कियो जाने या दोषान्वितोंका बोध कम्मी से न तो लिया है और न ही घोषणा में है।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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 का अधिकार या उपयोग की जान लागतका, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूं एवं "कोशिका फारांडनेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य में तुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रवाह साधन में प्रस्तुत करने के लिए अधिकृत है: मेरे प्राप्ति का विवरण ऐसे इत्यत्र के पहले के बाद में करने के लिए "कोशिका फारांडनेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में दर्शित है मुझे स्वतः सहायता का इकद्यार नहीं बताता: इस सर्वोदय में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का निर्णय अधिकार और वापरकारी होगा।

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

आवेदक ने इसप्राप्ति को अधिकृत 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.

इसप्राप्ति को जोड़ में व्यवस्थाएँ दी जाती है, जिसे इम (हस्पताल) नियन्त्रित करने का अधिकार देती है।

- 1) यह कि न तो बायोप्सी और न ही अधिकृत में विशिष्ट सहायता दियी गई जाकरी संभवतया विवरण जो एवं लागतों से उत्पन्न रोगी/यात्रियों ने लेंगे या तो रहे हैं, जैसे कि इसमें "कोशिका फारांडनेशन" में विवरणीय विवरणीय उत्तर के बाब्युर में "कोशिका फारांडनेशन" द्वारा सहायता दियी गई अधिकार/संकलन हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर जाकरी संभवतया या किसी अन्य समाजाधार से सहायता लेने का अधिकार मूर्खित रखता है। इस पूर्ण में स्वतः करता जाता है कि अस्पताल द्वितीय भवर उत्तर रोगी/यात्रियों द्वारा कियी जाने वाली साधन से नहीं संभव होती।
- 2) "कोशिका फारांडनेशन" में तो नहीं सहायता कोई विशिष्ट प्रकृति की है: रोगी या अस्पताल द्वारा दी गई समाज का किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुसार योगी एवं हस्पताल के बीच यह विवर है और "कोशिका फारांडनेशन" द्वारा कियो गये प्रक्रिया का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में योगी की इत्यत्र सुरक्षा और अन्य जाने की सक्षी विस्तृत दी जाती है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
अधिकृती के लिये संस्कृति

Mr. Lakshmipathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)  
# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bag Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अधिकृत की तारीख

10/12/24

Dr. Laxmi Dorennavar  
MBBS, MS, FPRS, FICO  
Consultant, Phaco & Refractive  
Surgery (or DR. & Regd. No. with Stamp)  
KNO No. 2024/1

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्पताल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्पताल 2