

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.

जारी करने वाला :

B1224/2837

APPLICATION DATE

जारी करने वाली
17/12/24Koshika
foundation
Building block of life.

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

papanna

AGE-YEARS वय-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

N/o kempang

Challaballi

kolar district

Karnataka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान जास्तीय स्थान

11
Home maker

OCCUPATION:

प्रवासी

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

*IN No. नम्बर नाम संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
जब आप आय कर रहा है (जो भाव्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवेदित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PreOp PO Stop
DR31 Papa Anna

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)

महाराष्ट्र के लिए चिन्हित आधार

BPL Card
(Attach Card/Copy)गोदावरी तालुक के लिए प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की ओर प्रति संतान की)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अल्प वर्ग वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की ओर प्रति संतान की)Ration Card
(Attach Copy)उत्तरायण कार्ड
(प्रमाण पत्र की ओर प्रति संतान की)Any Other Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/हासिलकाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संख्या

① Diagnosis

RI-cataract

LB cataract

Symptom:- NE out PLE DR

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

स्टी वर्ड सहायता राशी

①

DBCS

5000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट 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 प्राप्ति में दिए गए सभी विवरण मेरी बाधकता के अनुकूल नहीं हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कामने असाधारण काल है तो मेरी सहायता निश्चित की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता हीरा "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जांच होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की नीति के लिए विवरण आवधि, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 3) मैं पूरी तरह हूं कि यह सहायता हीरा यह प्राप्ति की गई है, तथा यही कार्यक्रम अधिक ना सकत हिस्सा अन्य छोटी/नियंत्रित/बीमा कामनों से न हो लिया है और वही विवरण नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेंट द्वारा करार)

- 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 प्राप्ति वा जारी हस्ताक्षर वा अंगठे या छाप लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) अपनी सहायता की पूरी काल हूं तक "कोशिका फाउंडेशन और उसके जारीनों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा यह वर्ता, छोटी और जो विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" प्राप्ति नामी, एवं, वाचन/व्यापक दृष्टि उद्देश्य में युक्ती नियंत्रितियों और उपलब्धियों के लिए दियी गयी प्रसार वापरम् से प्रभावित करने के लिए अधिकृत हूं। मेरे इसका विवरण मेरे इसका जो वारद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा जारी गयी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) इस जारी से सहायता हूं कि मेरा नाम, वर्ता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित हैं युक्ति ग्रहण करकरा जाना। इस समर्थन में "कोशिका" प्राप्ति उसके नामीर्ण का नियंत्रण और वापरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट वा उसका वा अंगठे का नियान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

- 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.
- इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से घोषणाएँ को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हीरा दिया गया जाता है, जिसमें हम (हस्ताक्षर) निम्न लिखा से वाच्य व स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न हो वर्तमान और न हो परिवर्त्य में विविध सहायता दियी गयी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वेच्छा द्वारा दी गयी जो न हो दी है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उत्तर के समर्थन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वरद हीरा किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विविध विविध काम हीरा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता देने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूरी में स्वेच्छा वरद उत्तर दीर्घी/यामर्दी हीरा किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं दीर्घी/यामर्दी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" में सौ गई सहायता के बावजूद विविध प्रकृति की है। गोरी या हमस्तान द्वारा दी गई सहायता या किसे दिये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव दीर्घी वापरम् है। इसकी वापरम् के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उपचार का कोई वापर नहीं है। इसकी वापरम् में दीर्घी के इसका सुझाव और अपेक्षा को सारी विविधता दीर्घी एवं हस्ताक्षर की होगी और "कोशिका" की कोई चुनिका या किसी दीर्घी इस यामर्दी में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathil N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगोलान की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Registrar in Diabetology
काम का नाम: KMC Nagpur 440 014

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अधिकृत उपचार हीरा

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।