

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1224/2853

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/12/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Pottalingamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Narasimhaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Maharajmaddur, Madikeri, Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— 11 —

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षय संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

य आप आय कर पत्रा है (जो मन्व हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 के साथ सम्बन्ध
1	Ravi	43	M	Son
2	Sumitha	32	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE Cat. under PCIOK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 AVAILED लौ 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस यहाँ का अवशिष्ट या बचत हिस्सा किसी अन्य फ़ौंडेशन/संस्था/संस्थान में न हो 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.

- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा जन्म, मृत्यु, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सचतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" तबम उनका न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अथर्ववेद का हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



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, इस्लामाबाद की ओर से मामले/पेशी को "कोरिक्वा फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निगरानी की जाती है, जिसे हम (इम्प्लायर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही परिषद में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त लेखी/पामले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका पाठ-डेशन" से विषय/विषय/विषय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाठ-डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-डेशन" द्वारा सहायता किसी अशिक्षित, सफल हेतु सन्दर्भ नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य आयुधधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त लेखी/पामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रंगी पर इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रंगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की चर्चा निम्नोपरी रोगी एवं इस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmiathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care.
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
1, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसफर अधिकृत अधिकारी

स्वीकृती के लिए संसूति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. or Regd. Ns. with Stamp)
Consent of _____ to be a Donor of _____

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायो हस्तकला ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर २