

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/1224/2886		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 23/12/24		 Preop Postop 2886 Sayanna	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Sayanna		AGE-YEARS आयु-वर्ष 50	SEX लिंग M		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम S/O Nandjundappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Talakere at post - Kerasa Hobli Taluk					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता where taluk Tumkur District Karnataka					
OCCUPATION : व्यवसाय coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 10,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई पता संख्या					
E YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे): Yes / हाँ 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 संबंध	
①	Sayalakshmana	434	F	Wife	
②	Narasimhanurthi	234	M	Son	
③	Rajesh	194	M	Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनंती आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 विनंती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis RE CATARACT RE CATARACT				
Surgery/- RE CATARACT					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य सोशियलायज्ड/बीस्यू कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सख्ती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासी, दान, याचक/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तन्त्रे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉन्सिन्ट" तथा उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके पास के सम्बन्धों में कोई भी गलती का निश्चय



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.

1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत में उक्त रोगी/पायल में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउंडेशन" से निपटारा/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्गत जलिका/सकल हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भरण उक्त रोगी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "बांशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता कोषल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इस्तेमाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमसाथल से बीच का विषय है और "बांशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमसाथल में रोगी के इलाज सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमसाथल की होगी और "बांशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारियाँ इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminipathi N

Manager 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 इत्यादिले अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अभियोग की तारीख

Dr. Laxmi Dorendra
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Surgeon
KMC No. 09/20

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ हस्तपत्रम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

18-08-2024