

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **N/0323/2951**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **21/3/23**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Lalitha**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **70** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **c/o Kannan**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**No 27 Gandhi Seva Sangha Dr TCM Rayan Road Bakshi Garden Bangalore Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता  
**Same as above**



**Preop Postop 2951 Lalitha**

OCCUPATION : व्यवसाय **Homemaker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगाएं) **Yes (हां) / 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 सम्बन्ध

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिये विपत्ति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> <b>BPL Card</b> (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> <b>EWS Certificate</b> (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Ratio Card</b> (Attach Copy) उपधोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Any Other Basis/Proof</b> अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये विपत्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवेदन सूची संलग्न
<b>1)</b>	<b>Diagnosed RE Cataract LE Cataract</b>
<b>2)</b>	<b>Surgery ZE Cataract + P.CTL</b>

**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
<b>1)</b>	<b>DBCS</b>	<b>2000/-</b>

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदन द्वाारा घोषणा करें:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रसारण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी सहायता केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जायेगी, जो इस प्रारूप में सत्य एवं सही है।
- मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु एक प्रार्थना की नहीं है, इस दवा की खर्च या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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.
- 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.
- इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) जल्दी सार्वजनिक की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसेदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" एकत्र करने, एवं, सहायता के उद्देश्य से प्रचार-प्रसारण और जानकारी के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण पूर्व प्रसारण के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस करार से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है प्रचार, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एकत्र-उत्पादन-व्यापारिक के निर्देशों और अनुपालन को मानेगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगुठी का निशान

**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:

- 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 any other 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.
- 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

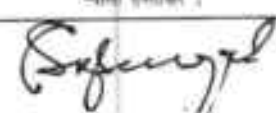
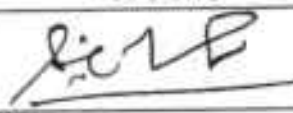
- यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तिय सहायता उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
- "कोशिका फाउंडेशन" से लेने या सहायता लेने के लिए प्रस्तावित है। मेरी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या वित्तिय सहायता/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुचारु और अपने अपने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" की कोई भी जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Lakshmi*

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  21/3/23	For M.D. <b>Dr. Lakshmi Dorennavar</b> (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant - Photo & Refractive RMC No. 30214	<b>Mr. Lakshmi Pathi</b> Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital (A unit of Shree Eye Care Trust.) # 16/M, Thimmatha Road, Mungur, Taluk Bed
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION जनसंचालक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1  	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2  
---	---