

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : B/0126/3043

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 1/1/26

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Chikkathayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 83

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम w/o Chikkamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dugganahalli Kuvuvatu Hobli Mahavalli
Taluku Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



pre op post op
3043 Chikkathayamma

OCCUPATION :
व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 / No
हां / 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 विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के अंदर 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) उपभोगका 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 LL PC IOL
2	surgery RE cataract + PC IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ती गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रपत्र 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता मांगी "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताना है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र जो जा रहा है, उस परिसर का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करण)

- 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/post-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 fulfillment 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" चरम न्यायी, चरम, चरम/चरम चरम उद्देश्य से दूरी विविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के चलते या चरम के करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" चरम उद्देश्य न्यायी का निर्णय अंतिम और अचलकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करण)

- 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, हस्ताक्षर को जोर से चलाते/लेते को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनती उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनती अतिरिक्त/अलग हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य निर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्ताक्षर द्वारा परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी निर सरकारी संस्था या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर ने रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने अपने को सुरक्षित/विनती लेते एवं हस्ताक्षर को होने और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या विनती इस चलते में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**

DIABETES & EYE HOSPITAL
Authorised Signatory
on behalf of Hospital
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Dr. PREETHI L N
MBBS, D.O., FICO, FHO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के लिए व

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
1/1/26

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (आंतरिक उपयोग हेतु)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2



