

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्राक्तंप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B1012513122

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 15/1/2025

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Lakshminarayana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

Thimmesh Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बसवेश्वर आवासीय पता

Basaveshwar Nagar Near Ayappa
Temple Turnikere Tumkur 562 103 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता



Post op Pneu
Lakshminarayana

OCCUPATION:
पेशी

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्षय संलग्न)

PAN No. स्थानीय संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित आवश्यक

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गांधीजी ट्रैफ़ा के नोंचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप चाहिे संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप जाप चाहिे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाप प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जाप चाहिे संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्षय
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गए लिन्टी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जन्मस्तक/डॉक्टर से लाए की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न	
①	D1020855	RF Cataract - U - cataract.
②	Emergency	U - cataract - + ptcl

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED लोगई सहायता राशि
	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 संक्षेप मात्र हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये किसी विवरण भी जनकारी के अनुच्छेद सत्त्व सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कठान असत्य पाया जाता है तो मेरी महामति निम्न की जा सकती है।
 - 2) मैं द्वारा भी महामति द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", से सीधे जा सकती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की दृष्टि से किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था।
 - 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विज्ञ महामति हेतु यह प्रमाणित की गई है, उस दृष्टि का अंतिम तथा सकल विस्त किसी अन्य स्रोतोंनियोजित/बीमा कार्यकी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/pul-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 पर आमने हमामति या अंतिम की ताप लगाकर, मैं (आवेदक) मरणी व्याहार के पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शिया है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, वाचकाया दूर्वा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रयत्न व्यवय में प्रत्यक्षित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रयत्न का विवरण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" वा न्यासी अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात में महामति हूं कि योग नाम, पता, फोटो और विवरण जैसे कि महामति के उद्देश्य में प्रत्यक्षित हैं युक्त स्वतः महामति का हक्कयात नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विवरण अंतिम और वाचकायी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अंतिम तथा सकल द्वारा की विवाद

AGREEMENT by HOSPITAL (हमामति 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, हमामति की ओर से जनाई/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महामति हेतु विधिवत की जाती है, जिसे हम (हमामति) विष्व प्रकार से मान व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो चाहिया और न ही चाहिया में विविध महामति विकारी गैर साकारी गंभीराना या किसी अन्य न्यून से उक्त रोगी/व्यक्ति में लौंग या से रो है, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मरण हेतु किया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महामति विकारी अविकार/मरण हेतु मनुष्य जीव किया जाता है तो अस्पताल विकारी अन्य गैर साकारी गंभीरा या किसी अन्य गंभीराना से महामति लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्वयं कहा जाता है कि अस्पताल हिस्तीप मरण उक्त रोगी/व्यक्ति हेतु विकारी अन्य साकारी गंभीरा या किसी अन्य गंभीराना से नहीं लेगा/रोगी।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लौंग या विविध प्रकृति की है। लौंग या अस्पताल द्वारा दी गई मरण या विकारी गैरे उपचार/प्रक्रिया का तुलना गैरी एवं हमामति के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का नियंत्रण नहीं है। इसलिये हमामति में लौंग के इतना सूक्ष्म और आने वाले की मात्रा विस्तैरणी गैरी एवं हमामति की होगी और "कोशिका" वीरों भूमिका या विस्तैरणी इस प्राप्ति में जौही होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager- Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreemati Eye Care Trust.)
Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital
नाम व पद हमामति अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंतिम तारीख
15/1/25

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant & Principal
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हमामति 1

Eswarayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हमामति 2

Lakshmi