

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Build Good Health and Life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/0126/3130**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **13/1/26.**

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **71**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम **W/o Siddappa.**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता **Devarajwada Post, Kundalpet (T), Shivalayastraguda.**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता **Uthmasagara, Karnataka - 521122**



Pre OP **3130** Post OP **Parvathamma**

OCCUPATION : व्यवसाय **Unemployed.**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का एका है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
/				

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> 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 PCIO L
②	Surgery - LE Cataract + PCIO L

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 सी. रू. सहायता राशी
/		

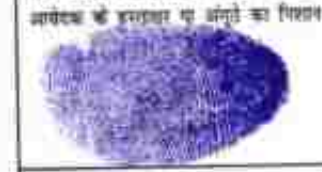
DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 यहाँ 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 निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिले हुए धन, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न तो सहायता लेगा और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करें)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सम्बन्धी सभी विवरण एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" दान, चिकित्सा, प्रचार, सार्वजनिक रूप से उद्देश्य के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार प्रसारण में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भेजा जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित हैं, उनके द्वारा प्रचारण के लिए प्रयोग नहीं किये जाएंगे। इस सम्बंध में "कोशिका" दान, चिकित्सा, प्रचार, सार्वजनिक रूप से उद्देश्य के लिये गतिविधियों और उपलब्धियों का प्रयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करें)

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.

हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से धन न ले सकेंगे:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट/सिफारिश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसभ किसी अन्य सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस विषय में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता स्रोत से नहीं ले सकते।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और सही करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S. D.O. F.I.C.O. F.R.C.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर की ओर से हस्ताक्षर की ओर से
Ophthalmology

Authorised Signatory

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

13/1/26

FOR FACERNA USE & KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2