

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **13/0126/3198**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **20/1/26**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Kenchamma**

AGE-YEARS / आयु-वर्ष: **70**

SEX / लिंग: **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/कटुम्ब का नाम: **w/o. Putthamma**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता:
Chataganahalli, Baliganahalli, Malur, Kolari, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता:
-11-



pre op post op
3198 Kenchamma

OCCUPATION / व्यवसाय: **UNEmployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: **-**

(Attach Proof of Income) / (आय का सबूत संलग्न)

PAN No. / स्थायी खाता संख्या

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

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
1	Murugesu C.	39	M	SON

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवारिक रेशन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे नये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE cataract, LE cataract
2	Diagnosis: LE cataract + PUIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / ली गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण 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 यहाँ बताना चाहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जा सकता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, जिसका उपयोग उम्मीद उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या उद्देश्य को पूरा नहीं कर रहा हूँ, इस प्रश्न का अर्थिक या सकारात्मक प्रभाव किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और नहीं लिये जा रहा है।

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 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोर्ष" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में बताने हैं, इसे "कोशिका" एवम् न्यायोर्ष, दान, सहायता हेतु उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे उद्देश्य का विवरण में इस प्रकार के करने से मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायोर्ष अधिकृत हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् इसके न्यायोर्ष का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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.

हमने अधिष्ठित, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ/यहाँ को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सहायता नहीं कर सकते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा वर्तमान और भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी/रोगी के लिये प्राप्त करने के लिये, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/अवकाश हेतु समुदाय नहीं किया जा सकता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले पाएंगे।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ/कर रही हूँ। मेरी या हमारा द्वारा ही मैं सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव नहीं करता हूँ/करती हूँ। हमारा द्वारा ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ/कर रही हूँ और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा द्वारा ही मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ/कर रही हूँ और "कोशिका फाउन्डेशन" को कोई दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 20/1/26	<p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व पता, नं.</p>	<p>Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTREACH BANGLORE DIABETES CARE HOSPITAL (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52</p>
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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