

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.		
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	B0325 14190	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:			19/3/25
NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम:	sarojamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	61	SEX लिंग:	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम:	P/o Ramanna		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बसासीध पाल		
Besangaraball, Koppa Hobli-madikeri Taluk mandya District Krishnayy			PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई जागहसीध पाल		
OCCUPATION: पेशाद	Home maker		MARRIED (लिंगालिंग) / UNMARRIED (अलिंगालिंग)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:			(Attach Proof of income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)		
PAN No.: स्थाई धारा संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय का दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का नियान 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 सम्बन्ध	
(1)	Kirthiray	2011	M	(2011)	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिन्हित आधार:					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी सेतु के नीचे इमारण पात्र (इमारण पात्र की जाति प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय पात्र प्रमाण पत्र (इमारण पात्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठपांडीकारी कार्ड (इमारण पात्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आप्लाई/दायरे से यारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
(1)	Diagnosis :- RECOVERY RECOVERY				
Surgery :- RF-CAT-OPC001					
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES एस 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 AVALIED लो गई सहायता राशि			
(1)	DBCS	2000/-			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा प्रक्रिया:

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में सिंचायन के लिए गोंद और विवरण में जानकारी के अनुचित रूप इर्दगयी है। यह कोई विवरण एवं काम आवश्यक नहीं है तो मैं उसका निश्चय की जा सकती हूं।
- 2) मैं द्वारा यों घोषणा की गयी "कोशिका फाउंडेशन", में तभी यों जाँची जाएगी कि उसका उपयोग उमीद उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विषय महाविषय होने पर उपयोग को गई है, उस गोंद का बरीचक या साकार हिस्सा किसी अन्य धोन/नियोजन/बीमा कम्पनी से न तभी लिया है और न ही परिवर्त्य में नींवा।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने अधिकार या अधिकारों को साकारता, गोंद (आवेदक) अपनी स्थानिक की पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामीयों "को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, नाम, फोटो और जीवन के विवरण इस प्राप्ति में घोषित हैं, जो "कोशिका" एवं नाम, नाम, साकार/वाक द्वारा उपयोग में बुझी गलतीशिखियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार वालम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण में इसके के बाहर या बाहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि यों नाम, नाम, फोटो और विवरण जो कि महाविषय के उपर्योग में प्राप्तिकृत हैं मुझे सहमत: महाविषय का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नामीयों का नियंत्रण अतिम और बास्तविकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के द्वारा दायीं हाथ का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा कराया)

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.

इसको अधिकृत, रासायनिक की ओर से घोषित होने वाले "कोशिका फाउंडेशन" में विविध महाविषय होने वाले हैं, जिनमें हम (हास्पातल) निम्न उकार में वर्णित करते हैं:

1) यह कि व तो बालेन्फर्म और न हो भविष्य में विविध महाविषय किसी गोंद साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त संगीय/प्रकारों में तो नहीं या तो नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में विविध/विविध उक्त संस्थान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योग्यता किसी अधिकार/प्रकार होने वाली की किया जाता है तो उसका नाम किसी अन्य और साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित संस्थान से नहीं की अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय रूप से उक्त संस्थान से नहीं लेगा/लेंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में तो नहीं महाविषय द्वितीय उपर्योग की है: ऐसी या हास्पातल द्वारा यों गई साकार या किये गये उपचार/प्रक्रिया का नुसार यों एवं हास्पातल के द्वारा करा रखिये हैं और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियों प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हास्पातल यों लेनी के उक्त रूप सुना और आने जाने की साकारी संस्थान यों पूर्ण हास्पातल की होती और "कोशिका" को कोई पूर्णिमा या विनाशकीय इस स्थिति में नहीं होती।

Mr. Lakshmi Pathi

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संरक्षित

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हास्पातल अधिकृत अधिकारी

19/3/2015

Dr. M. PAVITHRA MBBS,
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52
KMC No-91567

FOR INTERNAL USE ONLY KOSHISHKA FOUNDATION

अन्तर्भूत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्पातल

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्पातल