

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: 13/0425/0287 APPLICATION DATE: 15/4/25

NAME of APPLICANT: Rathamma AGE-YEARS: 60 SEX: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Kempalah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Nenekatte Chamrajnagar
KarnatakaPERMANENT RESIDENCE ADDRESS: 

OCCUPATION: Homemaker

TOTAL ANNUAL INCOME:  (Attach Proof of Income)PAN No. 

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): 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.	Shivanna	49	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy) ☒ गरीबी रेषा के नीचे 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) ☒ उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof ☒ अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विस्तार 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.	Surgery: LE Cat + PRIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-

PROP- Pptop
0287-Rathamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस स्थापना से यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समान विवरण किसी अन्य सोर्स/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING THE WORK)

- 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 solidifying 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'न्यासीयों' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीयों, दान, वाचनादय इसके उद्देश्य से जुड़ी प्रतिष्ठितियों और उपाध्यक्षियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिख अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को हस्ताक्षर या मुद्रा का स्थान



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.

हमारे अधिकांत, हमसूधारी को और से मामले/रंगी को "कोशिका आउटडोर" से मिलिय सहायता हंत सिफारिश को जाती है, जिसे हय (हमसूधारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो फार्मेशन और न ही शक्तिपथ में स्थिति स्थापित किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मरने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिप्रासिड/सिप्रासिड उक्त संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापित किसी अतिरिक्त/सफल हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी स्त्रोत या किसी अन्य संस्थापन से स्थापित लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरने हेतु किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई स्थापित कंपलेंट शक्ति प्रकृति की है। रोगी पर हमला द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई एलाय नहीं है। इसलिए हमला में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला की होगी और "कोशिका" को कोई शक्ति या जिम्मेदारी हमला में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr M PAATHRA-MBBS

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

CH BANGALORE

ation & Standard **EYE** Authorised Signatory

(A un: on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसताल अधिष्ठात अधिका

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर ३