

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन फार्म)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1933

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/9/15

NAME of APPLICANT

आवेदन करने वाले का नाम

Kaliyamma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

74

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

N/o. Chinnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Marategale

Bhadracharya

Bahavasa

Haveri

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

— — — — —

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो मान्य हो उस पर 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 आवेदन करने वाले का सम्बन्ध
1	Kama Bhatti	50	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (सहायता के लिए इस पर चिह्न लगाएं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (सहायता के लिए इस पर चिह्न लगाएं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (सहायता के लिए इस पर चिह्न लगाएं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से संबंधित डॉक्टर की प्रतिलिपि संलग्न करें
1	Diagnosis:- RE - cataract LE - cataract
2	Diagnosis:- LE - cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता मिलने का प्रमाण क्या है (यदि हाँ तो)?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED पत्र के लिए सहायता (रु०)



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा भरण का)

- 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 पर यह कह रहा हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन अस्वीकार्य एवं गलत है जो मेरी सहायता निरास हो या ख़तरा हो।
- 2) मैं यहाँ पर यह सत्यता प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से भी कह रहा हूँ, इसका अर्थ है मैं सहायता को मुझे के लिये नियत कारण, को इस प्रपत्र में सत्य बता रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ पर यह प्रतिबद्धता कर रहा हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिये, इस रकम का अधिकतम या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या मोहरा की सहायता से, मैं (अर्शक) यहाँ पर प्रतिबद्धता कर रहा हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, मोहरा और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े हैं, उसे "कोशिका" समूह, पत्रिका, पत्र, सम्बन्धित दूरदर्शन के दूरदर्शी कार्यक्रमों और पत्रिकाओं के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इरादों के लिये या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, मोहरा और विवरण को कि सहायता के दूरदर्शी से प्रेषित है मुझे प्राप्त: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएँ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन)

- 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.
- हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से फाइनेंसियल को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने/पाने के लिये या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के कारण से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल, किसी अन्य स्रोत सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय सहायता प्राप्त होने/पाने हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं ले/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी नहीं सहायता संगठन सिफारिश प्रकृति को है। मेरी या हस्पताल द्वारा भी नहीं सहायता या जिसे हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में मेरी या हस्पताल द्वारा और अन्य करने की सहायता/सिफारिश मेरी एवं हस्पताल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संमति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम एवं पंजीकृत नं. के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2