

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1025/2152
आवेदन संख्या : 8/1025/2152

APPLICATION DATE : 14/10/24
आवेदन तिथि : 14/10/24

NAME of APPLICANT : Mahadevamma
आवेदक का नाम : Mahadevamma

AGE-YEARS जन्म-वर्ष : 80
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : No Channappa
पिता/सहोदर का नाम : No Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता
Depapula, Gundalpet (T), Channarayana (D),
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता



Pre OP 2152
Post OP Mahadevamma

OCCUPATION : Unemployed
व्यवसाय : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
पैन संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (कौन सा विकल्प सही का निश्चय लें):

Yes / No
हां / 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
[Handwritten signature across the table]				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विधि पत्र किससे 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 - LEFT EYE.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

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

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाण पत्र सत्य है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस प्रकरण के लिये, इस राशि का अंशिक या पूर्णतः किन्हीं अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

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 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आशी भवानी की मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उन्हें "कोशिका" एन.सी.आई., ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इलाज के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि फाउंडेशन के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.सी.आई. का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप



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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आपसे/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रदाता से मांग न कर सकें।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मांग हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/प्रदान हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस मुद्रित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय परर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।

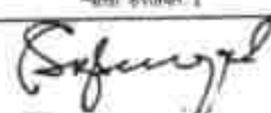
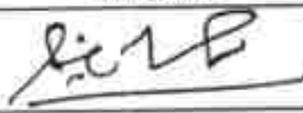
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता संभव वित्तीय प्रदान की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किन्हीं गैर उपचार/उपचार का भुगतान रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुचारु और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होती और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होती।

Dr. PREETI D.
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
M.B.B.S., D.O., F.I.C.P.
 Specialist Cataract and Footing



Date of Surgery अंशिक की तिथि 14/10/25	 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation, Stamp of Authorised Signatory Institute for CSB Study & Eye Care (A unit of Shri Ram Eye Care Trus.) # 16/34, Thirumalaiah Road, Outer Ring Road, Bed Area
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 
---	---