

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: B/0126/3217

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 21/1/26

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Lafuhmamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष
60

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम W/o Javalasah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

vidulathall siragopattana (r) madge

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



pre op - ppst op
3217 - Lafuhmamma

OCCUPATION:
व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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 सम्बंध
1	Javalasah	48	M	Husband

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

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 बिचे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract
2	LE - cataract
3	Diagnosis - RE - cataract + p.c.s.d.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: 8848 20 474 10

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे ज्ञानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे सहायक निमित्त भी वा सकार्य है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भना गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि मैंने सहायक हेतु वा प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का आंशिक वा सफल विमस्त किसी अन्य स्रोत/निर्धोक्त/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा न्यासी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य में मुझे यात्राविवरणों और उपलब्धियों को दिले किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष या पक्ष में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि सहायता को उद्देश्य से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधनकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आपके कर्मचारी का समय और धन का निधान



AGREEMENT by HOSPITAL: (CAPTION: 5/11/1988)

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:

- (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 अधिकृत, उदाहरणों की ओर से मान्यताओं की "कोलिका पाठ्यक्रम" से विधिवत सहायता हेतु निगरानी की जाती है, जिसे हम (हमसे) किम प्रकार से मान्य व अधिकार करते हैं।

- 1) यह धि न से वांछना और न ही वांछित में विविध सहपता किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य एका से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कॉलिका वायरलेस" से निपटारा/विपति उक्त के सम्बंध में "कॉलिका वायरलेस" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कॉलिका वायरलेस" द्वारा सहायता विपति अतिशय/अवगत हेतु मनुष्य लगी किम जता है तो अन्ततः किसी अन्य नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः विपति पदर उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी नैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से ली सहायता।

2. "कॉरिक्टा काउन्टेरेशन" से ही गई महापाता कांचल विधायक इच्छा की है। ऐसी पर हममतत इस की गई महापाता कांचल विधायक इच्छा का मुकाम ऐसी एवं हममतत के बीच का विषय है और "कॉरिक्टा काउन्टेरेशन" इस किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हममतत में ऐसी की इच्छा मुकाम और जाने की को जरी कियेदारी ऐसी एवं हममतत की इच्छा और "कॉरिक्टा" की कोई मुकाम या विधायक इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/126

Dr. PREETHI D S
M.B.B.S. DO, FICO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.प्रीति डी.एस.
एम.बी.बी.एस. डी.ओ. एफ.आई.सी.ओ. एफ.पी.ओ.

OUTREACH EYE HOSPITAL
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Bengaluru - 56

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Erasmus

2018