

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/3221

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sakamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तुका का नाम

N/o Chikanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

B. dachalli sirangapottana (T) masaly

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

— — — — —

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 राजता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये किन्ती का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशी



pre op - post op

3221 - Sakamma

DECLARATION by APPLICANT: **अप्रति दाता दाता दाता दाता**

- 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (attach with offer)

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 प्रश्न का जवाब इसका यह जगह की बात यहकर, मैं (अधेश्वर) अपनी सहायता की मुक्ति करता हूँ जब "कोशिका वाइडिंग और उनके जवाबों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एवम् उनके जवाबों, एवं वाक्यांश/वाक्य दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग से प्रयोजित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण में इसका के पक्षों या पक्षों के पक्षों के लिए "कोशिका वाइडिंग" व जवाबों अधिकृत है।
- (2) मैं (अधेश्वर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के प्रयोजित है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उनके जवाबों का विवरण अधिकृत और वाक्यांश/वाक्य होगा।

आपके नाम के सम्मान में आपको यह पद प्रदान किया गया है।



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 अधिकृत, हमेशाभी की बात से सम्बन्ध/संबन्धों को "कोशिका फायदेमंद" से चितित सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से चयन व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो परियोजना और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत से उच्च लेवी/मामले में लेने या लेता है, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उच्च या उच्चतर में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा नदर हो कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकार/सहायता हो मनुष्य को किंचित ज्ञात है तो आयुक्त किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थागत लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आयुक्त द्वितीय नदर उच्च लेवी/मामले हो किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से लेती या सहायता को प्राप्त विविध प्रकृति को है। लेनी या इस्तेमाल द्वारा ही यह सहायता या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का मुकाबला लेनी एवं इस्तेमाल को बीच का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीमें इस्तेमाल में लेनी के द्वारा भुगतान और जहाँ जहाँ भी जहाँ विपरीत लेनी एवं इस्तेमाल को लेनी और "कोलिका" को कोई भुक्तिका या विपरीत इस मामले में नहीं होगी।

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL
unit of Shree Siddaganga Medical Trust
Vasanthi - 560002 Bangalore 52
ಅನೇಕಾಃ ಉಪಾಂಗಾಃ ಇವು

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अपॉशन की प्रणालि

24/12/20

Dr. PREETHI. B.K
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

सुखी वादवादी ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इस्थाना ३