

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

8/0125/3284

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

22/1/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o Nagaiah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Maddur (T), Koppa Hobli, Hosakote, Mandya (D),
Karnataka - 571419.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्ष्य संलग्न)

PAN No. उपलब्ध खाली संलग्न

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 संबंध
①	Nagaiah	72	M	Husband.

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 सक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये 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	Surgey - RE Cataract + PRTA

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
①	DBCS	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

DECLARATION by APPLICANT: अवकाश प्राप्त घोषणा पत्र:

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.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, obtain a passport 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 हैं। यदि कोई किराला एवं कथन असत्य पाया जाये तो मैं अपने आप से इस प्रारूप को वापस ले लूँगा।
- 2) मेरे द्वारा जो महापात्र तारी "कौलिक फरान्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस महापात्र हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस तारी का अंतिम या सकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/छात्रिका/बोधक कम्पनी में न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्हक द्वारा कर्ता)

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 उपराय या अपने इच्छाका या अंगरेजों को लाभ लानाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्सेल और उसके ग्यालेयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस उपराय में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्याली, टाप, तबनाया दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपराय का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्सेल" व ग्याली अधिकृत है।

2.) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यसिधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या मंगूले का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा जारी)

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:

By affixing hereunder, signature of our authorised Signatory for receiving the assistance from Koshika Foundation, the 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 solely between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will have no role or responsibility

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised by the Hospital to 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, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/एपेल को "कोशिका काउन्टडाउन" से विधिव सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (इम्प्लान्त) निम्न प्रकार से माध्यम स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो धर्ममय और न ही धर्मिय में किसी सहायता किसी भी सरकारों संभव या किसी अन्य वस्तु से उक्त रोटी/धान में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विनीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरहित अधिक/मालत हेतु मन्दु नही किया जाता है तो अन्यथात किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथात द्वितीय मदद उक्त रोटी/धान में हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गई सहायक कंपल विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमसुखत द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुनन ऐसी एवं हमसुखत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रसायन नहीं है। इसलिये हमसुखत में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसुखत की होगी और "कोशिका" की कोई सुझा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

माया त पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अभियोग की सूची

Dr. Larmi Dorcas was

Dr. Laxmi Dotehrava
NCCM, Bangalore

MERS, MS, EPS, PICO

Consist/Name of DP & Regn. No. (with Stamp)

[illegible]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्ताक्षर 2