

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0225/3578

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/2/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gouramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Shivalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chorag endarahalli, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

11



PROOF - Photo
3578 - Gouramma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 आवेदक से संबंध
1	Shivalingappa	74	M	Husband
2	Shashidar	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये 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) उपपोषण कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"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 LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

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 सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण घेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। और कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो घेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) घेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में परा गत है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का भौतिक या सफल विन्यास किसी अन्य धर्म/विशेषज्ञ/योगी सम्प्रदाय से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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 का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की सहायता से (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता है कि वेद सत्य, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, राज. याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रमोति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद सत्य, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्य से घोषित है मुझे स्वतः महापता का हकदार नहीं बनाता। इन सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और सम्प्रकारी होगा।

आपके हृदय के स्वास्थ्य के लिए अच्छे खाद्य पदार्थों का चयन



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.

in the matter. _____ से विधि सम्मान से शिकायत की जाती है, जिसे हम (हमself) विधि प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/मर्राते में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिश्रितरक्तवर्धित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मर्राते हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

~ "अधिकांश 'आपराज्य' से जो पूर्व सहायता कोकल धितिय प्रकृति को है। रोमी पर इत्यस्त द्वारा दी गई सलाह या किये गये तपसा/प्रक्रिया का चुनाव रोमी पूर्व इत्यस्त

के बीच का विषय है और "कॉशिका कान्दन्दोलन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसाल में रंगी के हलत सुझा और जाने जाने को नहीं सिफारिश होती एवं हमसाल की होगी और "कॉशिका" को कोई धुँधका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Lakshmi Bhat N

Mr. Lakshmi pathi N

Manager Outreach

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shrinath Eye Care Trust)

18/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive
Surgery
KMC No. 90244

KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ ह्यव्यापन ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम २

1278

Safeway