

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. /
आवेदन संख्या : **B/0225/3845**

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि **22/2/25**

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम **Puttaiiah**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **68** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम **Slochanappa**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Amanabana halli Mandya Taluk

Mandya District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



pre op post op
3845 puttaiiah

OCCUPATION :
व्यवसाय **coolie**

☒ **MARRIED** (विवाहित) / ☐ **UNMARRIED** (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय **28,000/-**

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

PAN No. स्थायी खाता 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
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 विनति 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) उपभोक्ता 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	RE cataract + pIOL

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/-

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.

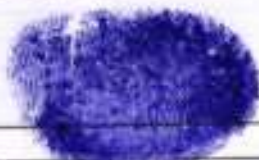
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापक्ष निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापक्ष एगेंडा "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उभी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विश्व महापक्ष हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एगेंडा का वित्तिक या अकाल किन्ना किसी अन्य घोषित/निर्गोप्य/वीर्य कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को साफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् ग्राहकों, एन. एच.एन/एन द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने से निम्न अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पाले या बाद में करने से निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व ग्राहकों अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षात्ता में उद्देश्य से प्रसारित है मुझे भ्रष्टाचार, साक्ष्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्राहकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

जलप्रेरक के समतल पर जंगल का निशान



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 अधिकतर इच्छाधरी की ओर से मामले/रोटी को "कॉरिक्टा फंडमैंटेशन" से विलीन कराया हेतु विपरीत की गयी है, जिसे हम (हमपसल) निम प्रकर से ध्यान से स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो प्राधान्य और न ही प्राथम्य में विविध सहायता किसी नैर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए/पाएगी में लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफ्टिरी/विनिर्गुत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्गुत अशिक्षित/सकल हेतु मन्त्रु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/भाएगी हेतु किसी नैर सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेएंगे/लेएंगे।

2. "कोशिका कायन्देशन" से ली गई मत्प्राप्त जेलन विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्प्लान्ट की बीच का विषय है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट से ऐसी के इलाज सुझा और अपने जाने को जारी निम्नोदरी ऐसी एवं इम्प्लान्ट को जारी और "कोशिका" की कोई भूमिका या निम्नोदरी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. B. Rago & Refractive
KMC No: 90244

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 (A unit of Shri Chandra Eye Hospital)
 डॉ. वि. के. दमवाने अध्यक्ष अधिकारी

मानविक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रावर २

Exempel

212