

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

Parvathamma 8/0326/385

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Parvathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

W/O (2) Lingappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bommalapusa, Hangala (H), Gundlupet (V), Channarayana

Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Pre OP Post OP
385 Parvathamma

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):

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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) परिबी 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 + PCZOK

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी

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** (आवेदक द्वारा करार)

- 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 इच्छाधर या अंग्रेजों को साम लनाकार, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, सच, सचन्याया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार पाष्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कर नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के **रक्षण** का आर्टिकल का निराकरण



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, इस्तेफाकी की ओर से घामसे/रंगी को "कोरिशा फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसेवा) विभिन्न प्रकार से ध्यान व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो धर्मदान और न ही धर्मिण में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभर रहे/पावले में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिफारिश/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्गत आश्रित/सकल हेतु प्रत्यु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय नदर उक्त रहे/पावले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेता/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" से ली गई सहायता केवल चिकित्सीय प्रकृति की है। ऐसी या इस्तेमाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इस्तेमाल के बीच का विषय है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने का सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इस्तेमाल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस घटना में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

10/5/26.

DR. PRADESHI, B.M.
M.B.B.S. DO, FICO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व दवाखाना व रजि. नं.

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Note: Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासी इस्तफा ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्तक्षर २

left