

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: B/0325/4152

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/3/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jayalakshmi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Marappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yalachenchahalli CV Bengaluru Urban

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



Preop post Op

4152-Jayalakshmi

OCCUPATION:

अवस्था

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन संख्या

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

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 किन्ति 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 विपत्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
①	Diagnosis RF - Gout IS - Gout
②	Surgery RF - Gout + PCTAL

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 सी 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.

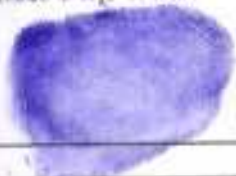
- 1) मैं शोधका काता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विषयों में जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापता विफल हो जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापता एपि "कोशिका कायन्देशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एपि का तालिका या सफल हिस्सा किसी अन्य कोलेन्थोकोकायोन कम्पनी से न ली जाये और न ही अधिक में लूना।

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 प्रश्न का उत्तरन हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंगन और उसके न्यायोर्थों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एकमात्र न्यायोर्थ, दान, साक्षर/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे ज्ञान के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका काउंटिंगन" व न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पुरे रहता: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" अपना उसके न्यायोर्थों का निरर्थक अतिरिक्त माध्यमकारी होता।

आपेदक श्री हस्ताक्षर वा अंगुली 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:

- 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.

इससे अभिप्राय, इसलवाही की ओर से मामलों/पैरों को "कॉरिप्टा फाउन्डेशन" में विधिवि स्थापना हेतु विकल्पित की जाती है, जिसे हम (हमपक्ष) निम्न प्रकार से धार्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉमन और न ही भविष्य में कितनी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थल से उठाए होगी/पाएगी में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉरिडोर फाउन्डेशन" से सिफरिडोर/किरीट उठा कर संस्थान में "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विरहित अतिरिक्त/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदर उठाए/पाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कॉरिडोर फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल भविष्य प्रकृति की है। रोगी पर इस्पताल द्वारा ही गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इतिरिक्त हमसाल में रोगी के इलाज शुल्क और आगे जाने की सारी सम्पत्ति रोगी एवं हमसाल की होगी और "कॉरिडोर" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshminathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद हमसताल अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. M. PAVITHRA MBBB.

MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital

(A unit of Shreebha Eye Care)

Managay, Bangalore: 6

KMC No. 91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्तक्षेप ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमौ हस्त्याख्य २

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10

18/3/25