

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

 (Healthcare)  
 (स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0119/0470

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/01/2019

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Abbaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Harjanapalli, K.V. palli Mandalam,

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

40,000/- [family income]

(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 लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        | Krishnaappa                                       | 48                         | M              | Son                                             |
|                        | Chinnaappa                                        | 45                         | M              | Son                                             |
|                        | Venkaatesh                                        | 42                         | M              | Son                                             |
|                        | One Daughter Married                              |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | DOV Left Eye                                                                                 |
|                        | LE - 8IC8 + IOL                                                                              |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        | B.W.L.E.H                                 |                                                         |



0470 0470

Lakshamma Lakshamma

Pre op Post op

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्ण रूप से अथवा कुछ मात्रा में मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

2) मैं घोषणा करता हूँ कि मेरी सहायता प्राप्त की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में यह गया है।

3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिये 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 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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्राताओं" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उनके "कोशिका" एवम् भ्राता, भान, सम्बन्ध/या दूसरी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के चलते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व भ्राता अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेदना, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य से प्रेषित है मुझे प्राप्त: सहायता का उपचार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके भ्राताओं का निर्णय अंतिम और सम्पर्काधी होगा।

आवेदन को सम्बन्धित या अंगुष्ठे का निरूपण



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 अधिपत्र, हास्यरी की ओर से भण्डारे/पैसों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही अधिकारी या विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/मार्ग में जैसे या हो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उदात्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/सफल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने या अधिकतर सुविधा रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा द्वारा मदद उस रोगी/मार्ग हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इलाजत द्वारा ही या सहायता या किसे मने उपचार/अवधि का चुनाव रोगी एवं हमारा के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीसे हमारा में रोगी के इलाज चारुख और अपने जाने को जारी विनिर्देशों रोगी एवं हमारा की होती और "कोशिका" की कोई अधिकतर या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होती।

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br>09/01/2019 | <br><b>Dr. SHEETAL BALLAL</b><br>(Signature of Dr. in English, No. Stamp)<br>कंसल्टंट<br>K.M.C. No. 36104                           | <br><b>Jyothi Deepak</b><br>(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)<br>on behalf of Hospital<br><b>B.W. Lions Super Speciality Eye Hospital</b><br>No. 5, Lions Eye Hospital Road<br>Off: PC Road, Bangalore - 560 002 |
|                                                  | <b>B.W. Lions Foundation Trust of Karnataka</b><br>No. 5, Lions Eye Hospital Road<br>SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी हस्ताक्षर 1<br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी हस्ताक्षर 2<br>                                                                                                                                                                                     |