

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	B/0324/3069	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :	27/3/24
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष	57 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/स्त्री का नाम	mahadevamma		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : अबासन अवासाय पता	mirashetti halli crd. nullikere post A.Y.S; Kere taluk, Gundlakur, Hassan Karnataka,		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासाय पता	pru-dp POST-DP 3069 mahadevam		
OCCUPATION : पेशाय	coalie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	10,000/-	(Attach Proof of income) (आय का स्वेच्छ संतान)	
PAN No. स्थाई ज्ञाता संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): या आप उत्तम कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गही का निशान लगायें)			
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
①	wierabhadraiah	57y	M
②	Rimukaraih	26 y	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरि आधार:			
BPL Card (Attach Card Copy) गटीको रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संतान की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आव्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संतान की)	Ration Card (Attach Copy) जननालय कार्ड (प्रमाण पत्र की ओर प्राप्त संतान की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गए विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से किए गए औषधेवाली सूची संतान		
①	diagnosis RE cataract LE cataract		
Surgery : RE cat. + PCLD			
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ही गई सहायता राशि	
①	PBICS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पड़ती है-

- 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 आवेदन करता हूं कि इस प्रकार मेरे सभी विवरण येरे जानकारी के अनुसार मात्र पर्यंत होते हैं। परंतु कोई विवरण पर्यंत कम्यन अधिक चाहत है तो येरे सहायता निम्न को जा सकती है।
 - 2) मेरे द्वारा ये सहायता यांत्रिका काटावन्डेशन", मेरी जा सी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये विवरण जापेगा, जो इस प्राप्त्य में पाया जाएगा।
 - 3) मैं पूर्ण चाहता हूं कि विवरण सहायता के बारे में यह जापेगा कोई गई है, इस राहि जो जानकारी मात्र सहायता देता है उसका विवरण किसी अन्य घोषितियों/बीमा कानूनी से न तो लिया है और न ही विवरण में है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कराया)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार पर अपने हाथाधा या नाम और लगाऊर, वै (आवेदक) अपनी सहमति को पूर्ण करता हूं एवं "जांचिका काटावन्डेशन और उसके जालीयों" को अधिकृत करता हूं कि येरे नाम, जालीयों और जो विवरण इस प्रकार में खोलिया है, उसे "जांचिका" एवम् जालीयों, वार, याचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रशारित करने के लिए अधिकृत है। येरे उद्देश्य का विवरण येरे इस पर्यंत या बार मेरे काने के लिए "जांचिका काटावन्डेशन" या जालीयों अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूल हूं कि मेरा नाम, जालीयों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रतिष्ठित हैं युक्त मत्त; सहायता का हफता नहीं करता। इस सम्बंध में "जांचिका" एवम् उसके जालीयों का विवरण अंतिम और अधिकृत होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इस्ताबद्दी या अंगूठे का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा कराया)

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.

इसपर अधिकृत, इस्ताबद्दी या अंगूठे को "जांचिका काटावन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विस्तृत में भावन व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त गैरीयामाले में सौरे या से रहे हैं, वैये कि इसने "जांचिका काटावन्डेशन" से विविधियोंनी उक्त को साथ ने "जांचिका काटावन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। परंतु "जांचिका काटावन्डेशन" द्वारा सहायता विविध जांचिका/काटावन्डेशन हेतु यन्मुक नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धमाले से सहायता सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट चाहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पद्धति उक्त गैरीयामाले हेतु किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धमाले से वही लिया जाए।

2. "जांचिका काटावन्डेशन" में यह गई सहायता के बावजूद विविध प्रकृति की है: योगी पर अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किसी गैर साकारा/इकाया का चुनाव योगी एवं हस्पताल के बीच का विवर है और "जांचिका काटावन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसमें हस्पताल में योगी के इकाव सुधार और अनेक जाने वाले को सौरी विवरण योगी एवं हस्पताल की होती है और "जांचिका" को कोई भूमिका या विम्बिदारी इस गायत्री में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshminipathi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
16/M, Thirumalai, on behalf of Hospital)

नम व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंगोरण की तारीख <i>27/3/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant, Rhinac & Refractive RMCN, Hyderabad, India Reg. No. 90244
--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्बोक्त उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2