

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0423/0002

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4/4/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venka tamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

W/o Venkatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hebbani

Hebbani

Mulkhagal

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

* N 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 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
1)	Manjiv Natha	37	M	Son
2)	Narayana Sammy	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के तले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 बिनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE cataract LE cataract
2)	Surgery LE cat + PCICL

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

Preop Postop
0002 Venkatamma

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 Kashioka 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं धोखा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने का सभी विभाग में ही जानकारी के अनुसार उत्तर एवं सही है। यदि कोई विभाग एवं कर्मचारी असहमत मानता है तो मेरी सहायता विस्तार की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता मिली "कोशिका साफ़करण", मेरी ही वा सी है, उसका उपयोग उनी जेलर को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता से वह प्रश्न की गई है, उस वही का अंतिम या सबसे प्रथम बिंदु अन्य कोटिनिमिज्मन्थीय कर्मचारी से न तो लिया है और न ही भविष्य 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 प्रकार का अपने इच्छाया या अंगों की जान लागकर, मैं (अन्येदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका परावर्धन और उसके ग्लोबों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" प्रथम मण्डली, यान्, वायुमण्डल वृक्षों जलद्वारा से जुड़ी गतिविधियों और जलमण्डलों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने की हिष्ट अधिभूत है। जो इस का विकास में इच्छा की चाहत या भार में करने के लिए "कोशिका परावर्धन" में ग्लोबों अधिभूत है।
- 2) मैं (आनेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के प्रदर्शनों में प्रेषित है मुझे स्वयं, साधन का उपयोग नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम जलमण्डल ग्लोबों का निर्माण अतिम और वायुमण्डली होता।

आलेख भी हमलावर या अंगरेजों का निशान

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसके अधिकतम उपयोगों की और से भारतीयों/भारत के "संविधान प्राधान्य" से विधिवत सहायता हो निवारित की जाती है, जिसे हम (हस्तगत) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) वह नि:संदेह और सही धर्मिय में ब्रिटिश साम्राज्य किसी रीत सरकारी संकेतन या किसी अन्य दृष्टि से उन्हा रोगी-भारतों में रोगी या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका पाउन्डेशन" से निवारित-विशेषी उन्हा की सम्बन्ध में "कॉलिका पाउन्डेशन" द्वारा प्रदर्शित हेतु कि है। यदि "कॉलिका पाउन्डेशन" द्वारा प्रसारित किसी अतिशय-सफल हेतु भन्तु नहीं किया जाता है तो जगत्-किसी अन्य रीत सरकारी संकेतन या किसी अन्य सम्बन्ध में सामान्य होने का अधिका सुविधा रहता है। इन धर्म में प्रदर्श कहा जाता है कि जगत्-द्वारा ब्रिटिश प्रदर्श उन्हा रोगी-भारतों हेतु किसी रीत सरकारी संकेतन या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं लेना-लेती।

2. "बोशिका पायमोशन" से जो राई सहायता प्राप्त मिलित प्रकृति की है। रोपी या इस्तेमाल द्वारा दो नई सहायता का विनिर्देशन उपचार/प्रक्रिया का चुनाव देगी एवं हमारा
लेबल का विनिर्देशन की है। "बोशिका पायमोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमारा से रोपी से सहायता सुझा और जाने वाले भी सारी विनिर्देशन रोपी एवं इस्तेमाल
की होती है। "बोशिका" की कोई भी सहायता या विनिर्देशन इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ੨੦ ਜੁਲਾਈ

4/4/23

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Dr. & Recd. No. with Stamp)

Consolidated का अर्थ है संयोजित या एकजुट।

Mr. Lakshmiapathi N
(Name, Designation, and Authorised Signatory)
Institute for Disabled & Elderly Care
(A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)

Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

Figure 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Sefer 72

Rich