

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवापत्र)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : Blou423)0053

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि : october 2013



NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम : Nagappa

AGE-YEARS वय-वर्ष : 66
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
जिता/कानूनी का नाम : S/o Basappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : कर्मचारी आवासीय पता

Hanagal, Hobli, Gundurupete Taluk

Chamrajnagar, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



OCCUPATION :
अवस्था

Coolie

MARRIED (मंडित) / UNMARRIED (अमंडित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक वय

₹ 6,000/-

(Attach Proof of Income)
(वय का साक्ष दस्तावेज़)

IF No. मध्ये व्यापक संदर्भ

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहा है (जो मान्य हो उस पर सही का नियम लागत)

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
1	Puttamma	50	F	wife
2	Vasanthakumari	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिह्नित अधिकार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्दी आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की आय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये जाने विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनस्वास्थ्य/फार्मासी से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
------------------------	--

1	Diagnosis RE- Cataract LF- Cataract
---	---

2	Surgery RE- Cataract + PCLOL
---	---------------------------------

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 लोंगी सहायता राशी
1	DIBS	₹ 2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 प्राप्त करा हूँ कि इस प्राप्त करे दिये गए अपनी विवरण में लाभान्वयी के अनुचार सभी एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कामन लाभान्वय करता है तो मैंने लाभान्वय निवार की जा सकती है।
 - 2) मैं इस जै सहायता द्वारा "कोशिका फाउंडेशन", द्वारा दी गई है, उसका उपयोग उसे इसपर कोई पूर्ण रूप से लिये जायेगा, जो इस प्राप्त करे में महत्वपूर्ण है।
 - 3) मैं पुष्टि करा हूँ कि विवरण महानांग से इस प्राप्त करे नहीं है, उस परीक्षा का विवरण या सहायता विवरण की अवधि छोप्रियोक्तव्यीय कामनी से न हो लिया है और न ही विवरण में सूची।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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 its 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस उच्च पर जारी दस्तावेज़ के अंतर्गत भी इस लाभान्वय, मेरे (आवेदक) अपनी लाभान्वय की पुष्टि करा हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोदय" की अधिकृत करा हूँ कि मेरा नाम, नाम, ठांसे और जो विवरण इस प्राप्त करे भी है, उसे "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा लाभान्वयी, राश, लाभान्वया, यूजर, उद्देश्य से यूजरी गरिबरिधारी और उपराजितों को लिये जाने वाली प्रसार सम्भव में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका विवरण मेरे लाभान्वय के लिये या बाहर से उत्तरों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा लाभान्वय की अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस वाले मेरे लाभान्वय हूँ कि मेरा नाम, नाम, ठांसे और विवरण जो कि लाभान्वय के उद्देश्यों से निपटता है युक्त नाम, लाभान्वय का इकाया नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा, उसके न्यायोदय और लाभान्वयी की ओर।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

लाभान्वय के लाभान्वय का लिया

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करा)

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.

इसका अधिकारी, अस्पताली जौ और सहायतानी की "कोशिका फाउंडेशन" से लिया गया है तो विवरण की जाती है, कि इस (अस्पताल) नियम उच्चार से लाभ व लाभकार करते हैं।

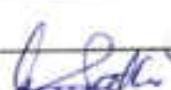
1) यह कि मैं जै सहायता और न ही अधिकृत में लिया गया विवरण किसी गैर लाभान्वयी सहायता या किसी अन्य लाभान्वयी से लाभ नहीं है, जैसे कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" में लिया गया विवरण इसके जै सहायता द्वारा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा लाभान्वय किसी विवरण के लिये अन्य लाभान्वयी से लाभान्वय करता है तो अस्पताल किसी लाभ या सहायतानी की लिया गया सहायता से लाभान्वय करता है। इस पूर्व में अस्पताल करता है कि अन्यान्य द्वितीय प्राप्त करना योग्यपूर्ण है तो किसी गैर सहायतानी से लाभ नहीं होना चाहिए।

- 3) "कोशिका फाउंडेशन" से तो नहीं लाभान्वय कोपता लिया जाता है। योगी या अस्पताल द्वारा नहीं लाभ व लाभकार की ओर का लिया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उच्चार या कामनी नहीं है। इसलिये हास्पताल ने योगी को लाभान्वयी की लाभान्वय करने वाली जैसी लाभान्वयी की अधिकृती भी "कोशिका" द्वारा लाभान्वयी का लिया गया है जो लाभकार से नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
उत्तीर्णी के लिए रजिस्टर्ड**

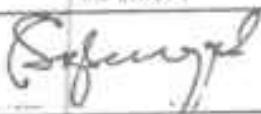
Date of Surgery
बहुरोपी गरी 14/04/23
06/04/23


Dr. Lexmin Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
कोशिका फाउंडेशन द्वारा दिया गया विवरण


Mr. Lakshmi Pathi N
(Name, Designation & Status of Authorised Signatory
Manager, Optometry
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
#18/M, Thirumalai Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायोदय



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायोदय

