

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 610423/0053 APPLICATION DATE: 06/06/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Nagappa AGE-YEARS आयु-वर्ष 66 SEX: M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Basappa.
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Hangele, Hobli, Gundupete Taluk
Channarajanagara, Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/- (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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	Puthamma	50	F	wife
2	Vasanthakumar	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- Cataract LE- Cataract
2	Surgery RE- Cataract + Piloc

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 ली गई सहायता राशि
1	DIGS	2000/-



Preop Postop
0053 Nagappa

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 Kostiika 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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा की सहमति राज "कोलिका कायबेरान", से की जा रही है, इसका उपयोग गरीब जनता को पूर्ण से तिलों के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मत पाया है।
- 3) मैं पूर्ण खाता हूँ कि विश्व सहमता से यह प्रश्न की गई है, इस शर्त का अर्थिक या समस्त विस्मय किसी अन्य छोटी/मोटाका/बीया कमानी से न हो लिया है और न ही बाकिष्य में नृपण।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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.

- [illegible]

अध्यापक डॉ. इन्द्राभा पा. अंगुले का निवास



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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अध्यापन, हमसानी की ओर से समस्त पीढ़ी को "सौराभा पाठ्यवेक्षण" से निरतिप सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विम्वर प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो कोविडम और न ही अंधिमा में निहित सहायता किसी और सहायता में समान या किसी अन्य वस्तु से जस्त योग्य/समान में होने या उसे रहे, जैसे कि इनमें "कोविड/काउन्डोस" से विशिष्ट/विशिष्ट वस्तु का सम्बंध है। "कोविड/काउन्डोस" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोविड/काउन्डोस" द्वारा सहायता निहित अतिरिक्त/अलग हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और सहायता अथवा या किसी अन्य सहायता से सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत निर्णय प्रदान योग्य/समान हेतु किसी और सहायता अथवा या किसी अन्य सहायता से नहीं होना/लेनी।

2. "कोशिका कायन्टोसिस" से तो यह महापता होता कि यह प्रक्रिया प्रकृति की है। ऐसी या अन्यथा आप दो यह साहज का शिवे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव छोपी एवं हमसाल से बीच का विषय है और "कोशिका कायन्टोसिस" आप किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमसाल में ऐसी से हलाना सुरक्षा और जाने जाने की तारी विन्नेटरी ऐसी एवं हमसाल की होती और "कोशिका" की कोई गुणिका या विन्नेटरी इस भागते में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संसुति

अभिज्ञान सायं ७.३० बजे

06/04/23

Dr. Laxmi Dorennavar

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

हायड्रोजन का गुण है इलेक्ट्रोनिगेटिव।

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
A unit of Shraddha Eye Care Trust

18/M, Trimmalah Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्याग्दी हावराधार ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

माहिती दलदल ३

10/2/8