

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0423/0056

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

06/04/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Bellashetty

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्या का नाम

Slr Late Huchashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Channarayana Street, Huchappa

Shivapur Channarayana Nagar, Kurnool

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop
0056

Postop
Bellashetty

OCCUPATION:
व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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	Mahadevaramma	51	F	Wife
2	Nagcoraju B	98	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/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 RF- Cataract LE- Cataract
2	Cataract RF- Cataract + PCIO L

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 सही गई सहायता राशि
1	Dr. S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 यथार्थ सत्य हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/वाक्य असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता यथा "कोशिका फाउन्डेशन", से ही वांछी है, वरन्ता कस्यसे कभी दूसरे को मुझे को लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यही कबल हूँ कि निम्न सहायता हेतु मैं प्राप्ति भी नहीं हूँ, उस राशि का अतिरिक्त न सफल दिग्गज किसी अन्य सोशलिसेकलीस काममें से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (and/or its WFO)

- 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 का अर्थ है इसका या जहाँ की छाप साक्षर, 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 जोड़ा है, उसे "कोशिका" एचएच न्यायों, नाम, सम्बन्धना द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधियों और प्रकाशकों को देने किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भ्राता अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षर को उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्वतः साक्षरता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएच न्यायों का निर्णय अंतिम और सम्बन्धी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अमेरिका की समृद्धता या अंग्रेजी का विराट



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कबल)

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.

हमारे अधिपति, इन्द्रावर्य की ओर से आपसे-प्रेम की "कोशिका पाण्डुरंग" से निवीर्य सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्द्रावर्य) भिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रावधान किसी भी साक्ष्यी संरक्षण या किसी अन्य खंडों से बचा रोपी/पागलों में होने या उसे खंड है, जैसे कि अपने "कोरिक्टा पाउन्डेशन" से विचारविनिर्देश प्राप्त हो सामर्थ्य में "कोरिक्टा पाउन्डेशन" प्राप्त करने हेतु कि है। यदि "कोरिक्टा पाउन्डेशन" प्राप्त प्राप्त विनिर्देश अतिरिक्त/संरक्षण हेतु भण्डार नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी साक्ष्यी संरक्षण या किसी अन्य प्रावधान से संरक्षण होने का अधिकार सुनिश्चित संरक्षण है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पमत द्वितीय स्तर प्राप्त रोपी/पागलों हेतु किसी भी साक्ष्यी संरक्षण या किसी अन्य प्रावधान से नहीं संरक्षित है।
2. "कोरिक्टा पाउन्डेशन" से ही गई प्रावधान संरक्षण विहित प्रकृति को है। रोपी या इन्फान्ट प्राप्त भी नहीं साक्ष्य या किने गये उपस्था/प्रतिष्ठा का पुराण रोपी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोरिक्टा पाउन्डेशन" प्राप्त किसी प्रकार का कोई संरक्षण नहीं है। इसलिए इन्फान्ट में रोपी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं हस्तगत की होती और "कोरिक्टा" की कोई प्रतिष्ठा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संसदीय

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिप्रेतन को लपेट

06104123

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्तिर का नाम य इन्द्राणां च पतिः च

FOR INTERNAL USE OF RISHKA

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)
Manager, Ocular Health
Institute for Diseases & Eye Care
(Unit of Sri Lanka Eye Care Society)
Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
Colombo 08, Sri Lanka

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामो इज्यामो १

Enfermedad

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यानी इस्ताला २

1228