

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवापाल)



APPLICATION No.: B/0423/0069

APPLICATION DATE: 07/04/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Mala. k.

AGE-YEARS वय-वर्ष

51

SEX लिंग

F

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

W/o Narasimha Swamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बायोन अधिकारी चत्ता
Indiranagar Town Panchayat Taluk, Mysore District, Karnataka, India

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय चत्ता

Same as above



Prop Postop
0069 Mala

OCCUPATION:
जबक्षण

Home maker

MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (जीवितात्मि)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वय

-

(Attach Proof of Income)
(वय का संतुष्ट संतान)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मैं आप आप चार दाता हूं (जो मात्र हो उस पर सही का निरापद लगाए)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Narasimha Swamy	58	M	Husband
2	Akash	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाशी आवश्यक

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संबन्ध
गरीबी रेता के गीचे इमारण वय (इमारण वय की साथ प्रति संतान करें)	ब्लॉक वापर वर्ती इमारण वय (इमारण वय की साथ प्रति संतान करें)	उपभोक्ता वार्ड (इमारण वय की साथ प्रति संतान करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हास्पिटर से जारी की गई ड्रिलिंगेन सूची संतान
1	Diagnosis RF - Cataract LF - Cataract
2	Surgery RF - Cataract + TPCI
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	
101	
102	
103	
104	
105	
106	
107	
108	
109	
110	
111	
112	
113	
114	
115	
116	
117	
118	
119	
120	
121	
122	
123	
124	
125	
126	
127	
128	
129	
130	
131	
132	
133	
134	
135	
136	
137	
138	
139	
140	
141	
142	
143	
144	
145	
146	
147	
148	
149	
150	
151	
152	
153	
154	
155	
156	
157	
158	
159	
160	
161	
162	
163	
164	
165	
166	
167	
168	
169	
170	
171	
172	
173	
174	
175	
176	
177	
178	
179	
180	
181	
182	
183	
184	
185	
186	
187	
188	
189	
190	
191	
192	
193	
194	
195	
196	
197	
198	
199	
200	
201	
202	
203	
204	
205	
206	
207	
208	
209	
210	
211	
212	
213	
214	
215	
216	
217	
218	
219	
220	
221	
222	
223	
224	
225	
226	
227	
228	
229	
230	
231	
232	
233	
234	
235	
236	
237	
238	
239	
240	
241	
242	
243	
244	
245	
246	
247	
248	
249	
250	
251	
252	
253	
254	
255	
256	
257	
258	
259	
260	
261	
262	
263	
264	
265	
266	
267	
268	
269	
270	
271	
272	
273	
274	
275	
276	
277	
278	
279	
280	
281	
282	
283	
284	
285	
286	
287	
288	
289	
290	
291	
292	
293	
294	
295	
296	
297	
298	
299	
300	
301	
302	
303	
304	
305	
306	
307	
308	
309	
310	
311	
312	
313	
314	
315	
316	
317	
318	
319	
320	
321	
322	
323	
324	
325	
326	
327	
328	
329	
330	
331	
332	
333	
334	
335	
336	
337	
338	
339	
340	
341	
342	
343	
344	
345	
346	
347	
348	
349	
350	
351	
352	
353	
354	
355	
356	
357	
358	
359	
360	
361	
362	
363	
364	
365	
366	
367	
368	
369	
370	
371	
372	
373	
374	
375	
376	
377	
378	
379	
380	
381	
382	
383	
384	
385	
386	
387	
388	
389	
390	
391	
392	
393	
394	
395	
396	
397	
398	
399	
400	
401	
402	
403	
404	
405	
406	
407	
408	
409	
410	
411	
412	
413	
414	
415	
416	
417	
418	
419	
420	
421	
422	
423	
424	
425	
426	
427	
428	
429	
430	
431	
432	
433	
434	
435	
436	
437	
438	
439	
440	
441	
442	
443	
444	
445	
446	
447	
448	
449	
450	
451	
452	
453	
454	
455	
456	
457	
458	
459	
460	
461	
462	
463	
464	
465	
466	
467	
468	
469	
470	
471	
472	
473	
474	
475	
476	
477	
478	
479	
480	
481	
482	
483	
484	
485	
486	
487	
488	
489	
490	
491	
492	
493	
494	
495	
496	
497	
498	
499	
500	
501	
502	
503	
504	
505	
506	
507	
508	
509	
510	
511	
512	
513	
514	
515	
516	
517	

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा प्राप्त करना चाहे:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं सोचता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये विवरण में वास्तवी के अनुसार वायर एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कामना अवधारणा वाला है तो मेरी सहायता विवरण की जा सकती है।
- मेरी द्वारा जीवन की "कोशिका फाउंडेशन", योगी जीवन की उद्देश्य की भूमि के लिये विवाद आये, तो इस में यह गया है।
- मैं पुष्ट करता हूँ कि विवाद बहुत ही गहरा है, वर्तमान का व्यवहार वाले को भूमि के लिये विवाद आये, तो इस प्राप्ति में यह गया है।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्पेलेट द्वारा करा)

- 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.
- 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.
- इस इच्छा पर अप्पेलेट द्वारा योगदान की जान लागत, मैं (अप्पेलेट) अप्पेलेट द्वारा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यापारों" को अधिकृत करता हूँ कि योगदान प्राप्त, और जो विवरण इस प्राप्ति में दिया गया है, उसे "कोशिका" लक्ष्य, नामांकन, लक्ष्य, वाचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी विविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी उद्दार वायरम् से प्रभावित करने के लिये, अधिकृत है। मेरे उद्दार का विवरण में इच्छा के बारे में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" न नामांकन अधिकृत है।
- मैं (अप्पेलेट) इस बात से सहमत हूँ कि देश, जन, वात, और विवरण यों कि सहायता के उद्देश्यों से प्रभावित है जुड़े रहता है; सहायता का इच्छा नहीं बदला। इस सम्बन्ध में "कोशिका" लक्ष्य, वाचनांक नामांकन का विवरण अंतिम और वाचनाएँ होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेट के इच्छाकार या अंदरूनी का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल 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:

- 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.
- 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.

इनको अधिकृत, इसायार्थी योगदान की जान से सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध उद्देश्य से जुड़ी विवरण की जाती है, किसी दूसरे (हस्पातल) विवरण प्रकार से वायर या अल्फाकार करते हैं।

- यह कि वह संघरण और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर वाचनाएँ संभव या किसी अन्य घटना से उदार योग्यतामाल में संतुष्ट या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विभिन्नताविहीन उदार से सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वरद हो रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत/वाचना से जुड़े गवाह नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायताएँ संभव या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता संतुष्ट का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पुष्टि में अन्य वरद वरद उदार योग्यतामाल से जुड़ी किसी अन्य वाचनाएँ नहीं संलग्न होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से योगदान के लिये विविध प्रकृति की है। उन्होंने पर इस्पातल द्वारा दी गई सहायता का विवरण देखा/उदार योग्यता का विवरण देखा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी उदार का कोई वरद नहीं है। इसलिये हस्पातल में योगी के इच्छा, सुधार और उन्हें उनके को योगी विवरणी होनी दूर हस्पातल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका न कियेगी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए, संस्कृति**

Date of Surgery अंतिम योगदान की तारीख <i>07/01/13</i>	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name/Designation/Stamp/No. with Stamp) Consultant Ophthalmologist & Refractive	 Mr. Lakshminipathi IV (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmic Research & Care (A unit of Shri Ayyappa Foundation - An ISO 9001:2008 Certified Organisation) # 150, Thirumalai Road, Muttom Town, Karaikal
---	---	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION # 150, Thirumalai Road, Muttom Town, Karaikal

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2