

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	B/0423/0138	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	12/4/23
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	D Dayalan	AGE-YEARS: वय-वर्ष	69
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/जीवन साहब का नाम:	S/O Durai Swamy	SEX: लिंग	M
# 7/8 Pemmaiah Block, 1st Palpa Bangalore, Karnataka		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासान् पाला	
		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: अस्थाइ आवासीय पाला	
		Name as above	
OCCUPATION: पेशाय	Cookie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आप को मासिक संतान)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक वय	₹ 27,000/-		
PAN NO.: स्पष्ट संख्या संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आप का राजा हैं (जो कानून ही उन पर सही का विवरण लगाए)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS: घरेलू विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member: घरेलू के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
1)	Geetha	58	F
			Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
			wife
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विकल्प विवरण			
BPL Card (Attach Card Copy) गटीली फ़िटी के गोई प्रधान पर (प्रधान पर की जाय प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) लाल लाल तरी प्रधान पर (प्रधान पर की जाय प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पर की जाय प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विवरों का वर्णन:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई प्रतिवेदन सूची-संलग्न		
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract		
2)	Surgery LE = Catarract + PCVOL		
ASSISTANCE BEING AVALAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया था?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALAILED ली गई सहायता राशि	
3)	DRCS	₹ 2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा प्रतः

- 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.
- 4) मैं प्राप्त करता हूं कि इस प्राप्ति में दिए गए विवरण मरीज कानूनी या अनुमति या उपयोग की जानकारी है। यदि कोई विवरण ऐसे कानून अनुमति या उपयोग की जानकारी है तो मैं उसका नियम को ज्ञानकारी हूं।
- 5) मैं इस जॉड्यूल नाम "कोशिका फाउंडेशन", में दी जा रही हूं, उसके उपयोग तभी उद्देश्य की पूर्णता के लिए विषय आयें, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
- 6) मैं दूसरे करता हूं कि विवरण मरीज की यह प्राप्ति की गई है, उस परीक्षा का अधिकारी या संचालन विषय किसी अन्य घोड़नियोंका/सीधे कर्मचारी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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.
- 3) यह प्राप्ति या अपने इम्प्रेसन पर लिखी गई जान लाभाकार, मैं (अवेदक) अपनी स्थानीय की गुणि जाता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञानीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा जन्म, जन्म, जीवन और जीवन की विवरण इस प्राप्ति में चाहीए हैं, जो "कोशिका" या उपर्युक्त नाम, उपर्युक्त नाम व उपर्युक्त नाम के लिए अधिकृत हैं। यह प्राप्ति का विवरण में इन्हें के लिए या जाता है कि ज्ञानीयों ने उपर्युक्त नाम के लिए अधिकृत हैं।
- 4) मैं (अवेदक) इस जाता हूं कि मेरा जन्म, जन्म, जीवन और जीवन की विवरण यह कि मरीज के उद्देश्य से जारी है युक्त जानकारी का उपयोग यही विवरण है। इस जन्म या उपर्युक्त नाम के लिए अधिकृत हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

ज्ञानकारी के उपरांत यह अंकुरों का नियम

AGREEMENT by HOSPITAL: (अस्पताल द्वारा कराया)

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.

इसका अधिकृत, इम्प्रेसन की जाता है कि मेरी जानकारी की "कोशिका फाउंडेशन" में विविध जानकारी हेतु विवरण की जाती है, जिसे इस (इम्प्रेसन) विषय प्राप्ति में आज्ञा व अधिकार करते हैं।

1) यह कि न हो क्षमता और न हो अधिकृत में विविध जानकारी किसी ने साझाकर संभाल या किसी अन्य स्रोत से इस दोनों व्यक्तियों में से लिये या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणितीयी तक के समय में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महाराष्ट्र की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जानकारी विवरण अधिकृत संभाल होती रही जाता है तो अन्यान किसी अन्य या जानकारी ग्रहण का ज्ञानकारी सुनिश्चित रखता है। इस गुणि से स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भूमि उपर्युक्त व्यक्ति हेतु किसी ने साझाकरी संभाल या किसी अन्य जानकारी में नहीं लिया है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं हो जानकारी बोलता विविध इकूल की है। योगी या इम्प्रेसन द्वारा ही गई जानकारी या किसी नई उपयोग/प्रक्रिया का ज्ञानकारी ग्रहण की जीव जा विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई जानकारी नहीं है। इसलिये इम्प्रेसन में यही कि इसका गुणात्मक और अन्य जानकारी की जानकारी और "कोशिका" की कोई मूलिकता या विनाशकीय इस व्यक्ति में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संक्षेप

Date of Surgery
अंकुरों की तारीख
12/14/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. & Registrar No. with Stamp/Signature
KEMC NFT 553244 2

Lakshmi Pathi N
(Name, Designation & Status of Authorised Signatory)
Institute for behalf of KoshiCare
(A unit of S.P. Hospital & Research Foundation)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अंतर्निक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इस्तेमाल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इस्तेमाल 2