

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राक्तिक

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु सहायता)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0423/0141

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

12/4/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

J Murthi

AGE-YEARS ३७-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

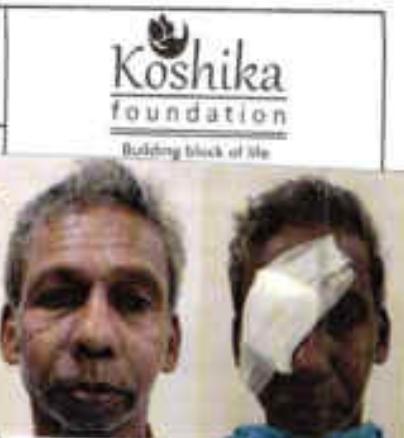
S/o. Jayaramiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी पाल

Stanley Nagar Main Road Near Rlysore
Road No. 40 Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी उपासना पाल

Same as above

Preop Postop
0141 J murthiOCCUPATION:
पेशी

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

₹9,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का संकेत संलग्न)

PAN No. एपीएन संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप अय कर रहे हैं (जो मात्र ही उस पर सरो का नियान लगायें):Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार कीवरण

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	Jambaveni	56	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवर जाओ:

BPL Card (Attach Card Copy)	EVWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गोपनीय रेखा के भीड़ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जागी प्रति संलग्न करें)	जनन अवधि प्राप्ति पत्र (प्रमाण पत्र की जागी प्रति संलग्न करें)	उपचारकार कार्ड (प्रमाण पत्र की जागी प्रति संलग्न करें)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाही वा उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से लेखे की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
②	Diagnosis RE Cadernach IT Cadernach		
③	Surgery RE Cadernach + PCICL		

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
④	DBGS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 पांचवां काला हूँ कि इस अकड़ा में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य दर्शाते हैं और कोई विवरण एवं कार्यवाही या उपलब्ध काला है तो मेरी जानकारी नियम की तरफ सहायता की।
- 2) मैं इस के सहायता काले "कोशिका भावन्देशन", मेरी जाही हूँ, जानकारी उपलब्ध उपर्युक्त विवरण मेरी जाही है, जो इस प्रकार में दर्शाया गया है।
- 3) मैं चुट्टी काला हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह आवेदन की गई है, उस तरीके जानकारी या काला विवरण किसी अन्य धोनौनियोगकर्त्ता कालीन से न तो विषय है और वही धोनौनियोगकर्त्ता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा काला)

- 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) मैं इस काले काला के अन्तर्गत की जाप सहायता, ये (आवेदक) अपनी सहायता की चुट्टी काला हूँ एवं "कोशिका भावन्देशन" जी अधिकृत काला हूँ कि ये नाम, जाही और कोई विवरण इस प्रकार में दर्शाया है, जो "कोशिका" एवं नाम, जाही, जानकारी दूसरे उपर्युक्त विवरण में चुट्टी नहिंदिली होती है तथा उपलब्ध की जिसे किसी भी प्रमाण नाम्यम या उपलब्ध काले के लिए अधिकृत है। ये इनकार का विवरण मेरी जाही काले में दर्शाया जाता है तो उपर्युक्त विवरण को उपलब्ध कराया जाता है।
- 2) ये (आवेदक) इस जाही में सहायता हूँ कि मेरा नाम, जाही, चुट्टी और विवरण जो कि सहायता के उद्दर्श्य से प्रदित्त है यहूँ स्थान-जानकारी का उपलब्ध काला जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवेदक के दायरा का अनुरूप काले विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इन्हें द्वारा काला)

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.

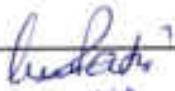
हमारे अधिकृत, इन्हें द्वारा कोई "कोशिका भावन्देशन" से विवरण सहायता की जाती है, जिसे हम (इन्हें) जिस काला में नाम व स्थानकारी काली है।

- 1) यह कि न हो कर्तव्य और व ही भवित्व में विवरण सहायता किसी भी सहायता ग्रंथालय में दर्शाया जाने वाले एवं/या उपर्युक्त विवरण में तरीके जाही जाती है, जो कि हमारे "कोशिका भावन्देशन" में विवरण/विवरण जाही के सम्बन्ध में "कोशिका भावन्देशन" हुए स्थान होता है। ये "कोशिका भावन्देशन" हुए सहायता किसी अधिकृत/मकाल हूँ अनुसार जीवन की विवरण काला है तो उपलब्ध काला की सहायता किसी भी जानकारी सम्बन्ध में दर्शाया जाने वाले अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस चुट्टी में स्थान जाही काला है कि अन्यान्य विवरण या उपलब्ध काला की सहायता के लिए जाही जानकारी होती है।

- 2) "कोशिका भावन्देशन" में जी गई सहायता के बावजूद विवरण प्रदृष्टि की है। योंगी जा हमारा द्वारा ही एवं स्थान-जाही का उपचार/प्रक्रिया का दुकाल एवं एवं हमारा का बोया का विवरण है जो "कोशिका भावन्देशन" हुआ किसी इकाना का कोई उपलब्ध नहीं है। इसीसे हमारा मुख्य और व्यावे जाने की जाही विवरण की होती है और "कोशिका" की चुट्टी भूमिका या विवरण की इस सहायता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

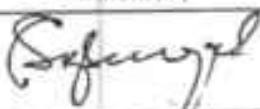
स्वीकृति के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख 12/11/23	 Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant Eye & Oculoplastic KMC No. 00144	 Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Recipient) Institute for Eye Care (A unit of S.H.R. Hospital & Eye Care Trust) (A unit of S.H.R. Hospital & Eye Care Trust)
---	--	--

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION # भवनका उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी इन्हें



SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इन्हें

