

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE महायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life
APPLICATION No. आवेदन संख्या :	8/0423/0151	APPLICATION DATE आवेदन तिथि:	18/04/2023
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Parvathamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60 F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/जीवनसाथी का नाम:	W/o Ramaiyah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Chikka Nayakanahalli taluk Thimmanahalli Post huliyan habli Doddaballavadi Hudikere Karnataka.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पता Same as above		Preop 0151	Postop Parvathamma
OCCUPATION : पेशी:	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (जीवन का साध्य संलग्न)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय:	—		
PAN No. स्थिर ज्ञाता संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable): आप जीवन का राज है (जो मात्र ही उस पर मही का निशान लगाये)		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
1)	Ramaiyah	70	M
			Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिये विकल्प लिए			
BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई संघर्ष
एपीएल के नीचे प्रमाण पत्र (सापं पर की जान डिग्री का)	एस एस के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जान डिग्री संलग्न करें)	राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की जान प्रति संलग्न करें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु लिये गये विकल्प का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रायोगिक सूची संलग्न		
1)	Diagnosis RF contract LE contract		
2)	Surgery RF contract + PCTOL		
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES उस उद्देश्य के हाथ सोइ अन्य महायता विकल्पी अन्य स्रोत से लिया गया है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई महायता रकम	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 आवेदक करता हूँ कि इस फॉर्म में लिखे गये सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार बहुत एवं यथा हैं। यदि कोई विवरण ऐसा बहुत अधिक या अलग है तो मेरी जानकारी विवरण की नहीं जाती है।
 - 2) मेरा द्वारा जानकारी की "जानकारी प्राप्ति-दर्शक", मेरी जानकारी की उम्मीद उपर्युक्त विवरण की योग्यता है। उपर्युक्त विवरण की योग्यता है।
 - 3) मैं दृष्टि करता हूँ कि विवरण जानकारी द्वारा दर्शक की विवरण की योग्यता है और विवरण की योग्यता है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति का अपने हाथाधार या भाँड़ी द्वारा लालकारा, मेरे (आवेदक) जानकारी की योग्यता है एवं "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" की अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जानकारी और जीवन के विवरण इस प्राप्ति के लिए उपलब्ध हैं, जो "जानकारी" इसमें जानकारी, दर्शक, जानकारी द्वारा उपलब्ध होनी विवरण की योग्यता है। इस प्राप्ति के लिए, जानकारी की योग्यता है।
 - 2) मेरे (आवेदक) इस प्राप्ति के लिए जानकारी की योग्यता है एवं यह योग्यता है कि मेरा नाम, जानकारी का लालकारा नहीं जाता। इस प्राप्ति के लिए, "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" की योग्यता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हाथाधार या भाँड़ी का लिप्तान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इसके अधिकृत, हस्पताल की ओर से भवप्रत्येकी को "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" में विवरण जानकारी की जाती है, जिसे इस (हस्पताल) निम्न प्रकार से याद व स्मीकार करते हैं।

- 1) यह कि यह संस्थान और मेरी जीवन में विवरण जानकारी की जानकारी संस्थान या विवरण जानकारी संस्थान में लिखे गए नहीं हैं, जोसे कि इसमें "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" द्वारा जानकारी विवरण की जानकारी संस्थान से उपलब्ध होनी चाही जाती है। यह "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" द्वारा जानकारी विवरण की जानकारी संस्थान से उपलब्ध होनी चाही जाती है। इस प्राप्ति के लिए यह योग्यता है कि इसका उपलब्ध विवरण जानकारी संस्थान से उपलब्ध होनी चाही जाती है।
- 2) "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" में यही जानकारी विवरण योग्यता है। यही जानकारी विवरण योग्यता है।
- 3) "जानकारी प्राप्ति-दर्शक" में यही जानकारी विवरण योग्यता है। यही जानकारी विवरण योग्यता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

संचालकों के लिए संमति

Date of Surgery जानकारी की तारीख <i>18/04/2023</i>	Dr. Laxmi Dorennavar ► MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant: Phaco & Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) <i>L3147 NO. 00247</i>	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute to be filled by Hospital) Institute to be filled by Hospital (A member of the Society of Eye Bank Trus.) Miller Tank Bed Area
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इकाई 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी इकाई 2