

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देशभाल)

APPLICATION No.:

संवेदन संख्या :

Blos 24/0009

APPLICATION DATE:

संवेदन तिथि

3/5/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Dasyappa

AGE-YEARS वर्ष-

वर्ष

65

महीने

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कनूप्ति का नाम

Siddappa kempappiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बाजार अधिकारीय पाल

No. mandenahalli 112 legend post
Tumkur karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी अधिकारीय पाल

OCCUPATION:

अवश्यक

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (जीवितानि)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कूल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

PAN No. स्पष्टीकृत संख्या

(आप का साथ संलग्न)

* ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप जाप कर रहा है (जो मान्य हो उस पर मही का विशेष संग्रहः)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.
क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Shivamma

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

54

Gender

लिंग

F

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित आधारःBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी-रेखा के ऊपर उम्राग पर
(उम्राग पर कोई साधा भ्रष्ट संलग्न कारों)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)जल्द आप कर्म उम्राग पर
(उम्राग पर कोई साधा भ्रष्ट संलग्न कारों)Ration Card
(Attach Copy)उपर्योगी कार्ड
(उम्राग पर कोई साधा भ्रष्ट संलग्न कारों)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साधा

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्यः

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

मरीजाना-दीक्षित से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

①

DIAGNOSIS

PC-cataract

HC cataract

Surgery:- PC cat & PC IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से निकाल गया हो?Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशि

①

DBCS

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्पेलेंट द्वारा घोषणा पाठः

- 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 घोषक करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण मेंही जानकारी को अनुसार तथा एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कारण असाधारण या बाहर होता है तो मेरी सहायता निम्न की तरफ आवश्यक है।
- 2) मैं द्वारा जो प्राप्ति की गयी "कोशिका फाउंडेशन", में सीधे जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाना चाहिए, जो इस प्रकाश में चढ़ा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि लिये सहायता हेतु यह प्राप्ति को गई है, उस लिये जो अधिक या सहज हितमा किसी अन्य और नियंत्रित संस्थानोंका द्वारा दी जानी चाहिए तो सहज नहीं होता।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्पेलेंट 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/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) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या गोले की छाप लगाकर, मैं (अप्पेलेंट) जानी सहायता की पुष्टि करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यादातर" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पात्र, पात्रों और यह विवरण इस प्रकाश में खांचित है, उसे "कोशिका" एवं नामी, एवं, जानकारी द्वारा उद्देश्य में युक्ती प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार, व्यापक या प्रसारित करने के लिये अनिवार्य है। मेरे प्राप्ति का विवरण यों इसका को पहाड़ने या बदलने में लिये "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्पेलेंट) यह यह से सहमत हूं कि यह नाम, पात्र, पात्रों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त स्वातः सहायता का तकाता नहीं करता। इस प्रकाश में "कोशिका" एवं, नामी ज्यादातर या लिये जाती है और जानकारी होती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्पेलेंट के हस्ताक्षर या गोले का लिया



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर 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.

इसी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु लिया जाता है, किसी इन (हस्ताक्षर) विवर प्रकाश में सहीकरण करने की तरफ नहीं है, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" को विविध विवरों के लिये जारी किया जाता है तो असहायता से विवरादार/विवरकर्ता उक्त को प्राप्ति में युक्त नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी अधिकृत/सहायता हेतु संकेत नहीं किया जाता है तो असहायता किसी अन्य गोपनीय संस्थान में योगायक तरीके से जारी किया जाना चाहिए। इस पुष्टि में यकीन करना चाहिए कि असहायता द्वितीय प्रकाश तक गोपनीय संस्थानों हेतु किसी भी सहायता नहीं या किसी अन्य वापर से नहीं संबद्ध होती।

1) यह कि न तो गोपनीय और न ही व्यापक में विविध सहायता विवरों के लिये जारी संस्थान के लिये अन्य संस्थान से इकाई गोपनीय संस्थानों में लीजै या ले रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरादार/विवरकर्ता उक्त को प्राप्ति में युक्त नहीं है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनियोगी अधिकृत/सहायता हेतु संकेत नहीं किया जाता है तो असहायता किसी अन्य गोपनीय संस्थान में योगायक तरीके से जारी किया जाना चाहिए। इस पुष्टि में यकीन करना चाहिए कि असहायता द्वितीय प्रकाश तक गोपनीय संस्थानों हेतु किसी भी सहायता नहीं या किसी अन्य वापर से नहीं संबद्ध होती।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में सीधे यह सहायता को लिया जाना चाहिए कि यह विवरादार/विवरकर्ता का भूत्तान योगी एवं हस्ताक्षर के लिये जारी किया जाना चाहिए। इसीलिये हस्ताक्षर में लीजै के इकाई सुझाव और आवेदन की जारी विवरादार/विवरकर्ता योगी एवं हस्ताक्षर की होती है और "कोशिका" की ओर पूर्णका या जिम्मेदारी इस यापनों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संस्कृति

Lakshmi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Naderi Division of Shrikrishna Eye Care Trust.)
16M, Thambelehalli Road, Mysore-570014
(on behalf of Hospital)

नम्र व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery

अधिकृत की तारीख

3/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Diabetologist & Refractive
Surgeon (Regn. No. With Stamp)
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राज उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2

Lakshmi N