

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION NO.: आवेदन संख्या :	B0524/0236	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	9/5/24	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम	mallamma	AGE-YEARS: वय-वर्ष	60 F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	kol chikkagondaiah	PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ठिकाना जावासीय पता	chennapittukoppalu sugath mandyer karnataka	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: ज्ञान जावासीय पता		post op 0236 mallamma		
OCCUPATION: अवस्था	Home maker	MARRIED (जीवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं)		
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष लगायें)		
PAN No. स्थाई साक्ष संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ज्ञान आय का यात्रा है (जो माना हो उस पर सही का निश्चय लगायें)		Yes / No हाँ / नहीं		
FAMILY DETAILS घरिश्वर विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिश्वर के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के बाप सम्बन्ध
①	chikkagonda	65y	m	husband
②	mukundu	35y	m	SON
③	nayana	32y	m	SON
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) महायता के लिए विवरित उद्देश्य				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेता के लिए प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाय इसी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आवास अवधि वार्ता प्रधान पत्र (प्रधान पत्र की जाय इसी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रधान पत्र की जाय इसी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: महायता हेतु विवेच गये विवरों का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कार्यालय से जारी की गई ग्रन्तिकेन्द्र सूची संलग्न			
①	Diagnosis : RT catarract LP catarract			
Surgery : RT catarract				
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 हेतु ज्ञान सहायता राशी		
①	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: लायेटक द्वारा संचयना पत्रः

- 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.

1) मैं पाइए करता हूँ कि इस प्रकार मेरे विकास मेंी जानकारी के स्तुत्यार समय एवं सटी है। यह कोई विवरण एवं कल्पना असत्य पाक जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा को सहायता दी गयी "जानकारी प्राप्ती-प्रदान", से लौ जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, और इस प्रकार मेरा भय यहा है:

3) मेरी जानकारी के बारे में यह कि, यह गलि का अधिकार या सहायता दिलाने की जान प्राप्ति/प्रोतोकॉलीय समझी से न हो सकता है और न ही परिवार में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)

- 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 It's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 दस्तावेज़ पर अपने संहारण को लिखते ही आप समझता, मैं (अवलोकन) आगे सहायता को दुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका पाइडेंसन और उपर्युक्त नामों" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पता, चोटी और जी विवरण इस प्रयाप में चाहिए हैं, उन्हें "कोशिका" एवं नामों, दान, भाषण-वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तुत वापसी से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रत्यक्ष का विवरण में इनका को छोड़ना या बार में करने के लिए "कोशिका पाइडेंसन" वा नामों अधिकृत है।

2) मैं (अवलोकन) इस दस्तावेज़ पर अपने नाम, पता, चोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में जुड़ा है उसे लेता; सहायता का उक्ताना नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" वापस उसको नहीं लेना चाहिए अतिथि और वापसकर्ता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आगोदक की दमतारा का अंगठी का गिराव



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पातल द्वारा करते)

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:

- (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 it's 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.

इस अधिकारी को जो संसदीय विधायक "कांगड़ा चालान्डेश्वर" में विधिय सम्बन्धी हेतु विधायिका की जड़ी है, जिसे दम (हासपात) निन प्रवास में बनव व स्थानकार करते हैं।

- 1) यह कि यह वास्तव वैज्ञानिक न ही भौतिक्य में विद्युति प्रकारका किसी भी समानांग या किसी भूत्या से उत्पन्न नहीं होता है, जैसे कि हमने "कॉरिक्टा फाइल्डेलन" में विद्युतिका विवरण उक्त के सम्बन्ध में "कॉरिक्टा फाइल्डेलन" द्वारा वर्णित है। यदि "कॉरिक्टा फाइल्डेलन" द्वारा सामान्य विवरण अधिकारी/वक्ता हाँ तभी किसी वाता है यह सामान्य किसी अन्य या सामान्यीय संस्था या किसी ज्ञान सम्बन्ध से सामान्य लेने वाला विविध गुणवत्ता रखता है। इस पृष्ठे में सम्बन्ध वक्ता योगी/वापरी हैं तो किसी और सामान्यीय संस्था या किसी ज्ञान सम्बन्ध में नहीं संलग्न/योगी।
 2. "कॉरिक्टा फाइल्डेलन" में यह एक सामान्य क्रमानुसारि प्रकृति की है। योगी पर इमलाई द्वारा ही एक सामान्य पर किसे यह उपकार/प्रक्रिया का चुनौत योगी एवं इमलाई भूत्या का विवरण है और "कॉरिक्टा फाइल्डेलन" द्वारा किसी उक्ता का कोई वर्णन नहीं है। इससिद्धे इमलाई में योगी के इत्यावधार और उसने योगी की साथी विमोचनी योगी एवं इमलाई की दोनों और "कॉरिक्टा" की कोई भौतिक्य या विविधता इस सामान्य में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वारीकृती के लिए संवत्सरि

Date of Surgery अंपेश्वर को तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant of Dr. Phaneendra Eye Care & Refractive त्रिकाल वायर नम्बर ३	Mr. Lakshminipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit of Shraddha Eye Care, U.P.) # 16/M, Thimmalaih Road, Milind Nagar, Andheri East मुंबई दक्षिण आयोडीन अस्पताल
--------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION કાન્દળિક ડાપથેરેપી સેટ

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी उपलक्ष्य ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर ।
	