

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B/0524/0294

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि: 10/5/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Siddappa

AGE-YEARS उमेर-वर्ष
65

SEX लिंग
M

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

S/10 Late Siddalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासान आवासीय पता
19 Patnava gondamballi sartnavalli

Post Honavalli Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



pre op post op
0294 Siddappa

OCCUPATION:
पेशी

Coolie

MARRIED (मिहालित) / UNMARRIED (अमिहालित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वर्ग

205000/-

(Attach Proof of income)
(वर्ग का साध्य संतान)

PAN No. स्थिर जाता संख्या

*RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मैं आप ज्ञान का एक हूँ (जो मान्य हो उस पर मात्र ज्ञान लगाव)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1) ✓	Shivakumar	38	M	Son
2) ✓	mangunath PS	36	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनामी अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गोदावी रेखा के बीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की आवाह प्रति संतान करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्द वर्ग की उमाल पत्र (प्रमाण पत्र की आवाह प्रति संतान करें)	Ration Card (Attach Copy) उपर्योगी कार्ड (प्रमाण पत्र की आवाह प्रति संतान करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से लाए की गई और विवरण सूची संतान
1) ✓ Diagnosis	PC extract CE extract
2) Surgery	LE extract + PCOL
3) DBCS	

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED स्रोत द्वारा सहायता प्राप्ति
1) ✓ DBCS		2000/-

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा दीक्षित करता है:

- 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.

- मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं याद हैं। परं कोई विवरण एवं कामना असाध्य याद नहीं है तो मेरी जानकारी निपटने की जरूरत नहीं है।
- मैं द्वारा जीवन का नाम "कोशिका चालान्डेशन", मेरी जानकारी की उपलब्ध उपलेख एवं उपलेख की पूर्णता के लिये किसी वज़त नहीं है। इस प्रकार मेरी जानकारी जीवन का एक विवरण है।
- मैं पूर्णता हूँ कि विवरण महानक होने वाला यह नहीं है, उस तरीके वाला विवरण या कामना विवरण अन्त मोहिनीयोग्यता कम्पनी से न तो नियम है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अधिकारी 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 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- मैं द्वारा जीवन का जीवन की जाप लानकार, मैं (अधिकारी) अपनी जानकारी की पूर्णता हूँ एवं "कोशिका चालान्डेशन" और उसके जानकारी को अधिकृत करता हूँ कि ये पाप, धर्म, फौटो और जीवन इस प्रकार मे बोलते हैं, उसे "कोशिका" एवं नामों, उन, वर्षों/वर्षों पूर्ण उद्देश्य से जुड़ी विविधियाँ और उपलब्धियाँ के लिये किसी भी जाता जानकारी मे उपलब्धि करने को लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण ये इसके को पहले व बद से करने के लिए "कोशिका चालान्डेशन" के नामी अधिकृत है।
- मैं (अधिकारी) इस बात से महसूद हूँ कि मेरा नाम, नाम, फौटो और विवरण जो कि जानकारी के उद्देश्यों मे द्वारा प्राप्ति है युक्त स्वातः जानकारी का इकाई वही जानकारी होगा। इस पर्याप्त मे "कोशिका" एवं उसके जानकारी का विवरण अधिकृत और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकारी द्वारा जानकारी का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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:

- 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.
- 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, इस्तेहारी की ओर से जानकारी को "कोशिका चालान्डेशन" मे विवरण जानकारी है जो याद है, जिसे हम (हस्पताल) विवरण से मान्य व मानकर करते हैं।

- यह कि न हो साधित और न हो भविष्य मे विवरण जानकारी किसी गैर जानकारी जानकारी का विवरण अन्त संकेत से उत्तम संकेतमाने मे लेने या से रहे है, ऐसे कि हमने "कोशिका चालान्डेशन" से विवरण/विवरण इसके को सम्बन्ध मे "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा बदर होने कि है। यह, "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा जानकारी विवरण जानकारी/जानकारी का उपलब्ध नहीं किया जाता है तो अस्पताल कियही आवं तो साकारी जानकारी का विवरण अन्य सम्बन्ध रहे जानकारी सुनिश्चित रहता है। इस पूर्ण मे स्वयं बदर उत्तम गोपनीय/प्रकार होने कियी गैर जानकारी संभव या विवरण अन्य सम्बन्ध से नहीं गोपनीय होती।

2. "कोशिका चालान्डेशन" मे जी गई जानकारी को बोलता है। हमी जी हस्पताल द्वारा ही गई जानकारी या विवरण गोपनीय/प्रकार का चुनब देने वाले एवं हस्पताल के बोल का विवरण है और "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा कियी जानकारी का बोल बदर नहीं है। इसीलिये हस्पताल मे लेने के इसका सुनाव और अन्य जानकारी जानकारी या विवरण गोपनीय होने वाले एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पूर्णता का विवरण गोपनीय होने वाली होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्थान

Lakshmipathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shreeram Eye Care Trust.)

18/M, Thimmannahalli Road, Miller Block, Bed Area

नम्बर 18 मे के हस्पताल अधिकारी अधिकारी

Date of Surgery अंगोरण की तारीख <i>10/01/24</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO (Name of Dr. Priya N. N. Nair) Consultant Ophthalmologist KMC No. 90244	<i>Lakshmipathi N</i> Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shreeram Eye Care Trust.)
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्पताल ।

S. S. Nair

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पताल ।

Lakshmipathi N