

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

Blos2410404

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

nuthamma

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

17/6/24

AGE-YEARS आयु-वर्ष

Age in years

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम:

w/o minakuchi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: सत्रहम् अवासस्थान पता
B.C. PURA Hobli malavalli taluk
Kundur mandya karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवासस्थान पता

II

Pre-OP Post-OP
0404 nuthamma

OCCUPATION:

स्वास्थ्य

Home maker

MARRIED (प्रियंक) / UNMARRIED (अप्रियंक)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष चिन्हन)

PAN No. स्थाई स्वाक्षर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

मास आय कर रहा है (जो मास हो उस पर गहरी का विशेष लगाया)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

| 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 | minakuchi | 73y | M | husband |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनाशी आवश्यक

| | | | |
|--|--|---|--------------------------|
| BPL Card (Attach Card/ Copy) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) | Ration Card (Attach Copy) | Any Other Basis/Proof |
| गठिये रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जानकारी संलग्न करें) | माल्य वाले गठि इमाग पत्र (प्रमाण पत्र की जानकारी संलग्न करें) | उपरोक्त कार्ड (प्रमाण पत्र की जानकारी संलग्न करें) | अन्य कोई साक्ष |

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई डिजिटल सूची चिन्हान |
|------------------------|--|
| ① | DIAGNOSIS RC cataract LG cataract |
| | |
| | |
| | |
| | |

Emergency - RC cat & PCTOL

| ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी भाव स्वेच्छा से दिया गया हो? | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता की रकम |
|---|---|---|
| ① | DBCS | 2000/- |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 घोषणा करता हूं कि इस अप्लाई मेरे गये सभी विवरण येर्टी जनकारी को अनुसार सत्य एवं गहरा है। यदि कोई विवरण ऐसे काम असत्य पाया जाता है तो येर्टी नहाना निष्ठा की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी याचार्य योरी "कोशिका फाउंडेशन", से जी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूरी के तिरे किया जाएगा, जो इस प्रकार मेरे गए गहरा है।
- 3) मैं पूरी करता हूं कि विवर नहाना बहुत जल्द प्राप्ति को गई है, तब तक कि आवेदक या नहाना विषय किसी वज्र द्वारा नियोजित कीमती येर्टी न हो जाएगी येर्टी नहीं भविष्य में लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करता)

- 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 प्रपत्र पर अपने इसकारा या आवेदक की जाप लगाकर, मैं (आवेदक) आपनी जहानाती को पूरी करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उपकरण नहाने की अधिकृत काला हूं कि येर्टी नाम, नाम, जीर्णी और जी विवरण इस प्रपत्र में दीखती है, जोरी "कोशिका" शब्द, नामी, रान, याचार्याचा द्वारा उद्देश्य में दुहो गतिविधियों और उपलब्धियों के तिरे किसी भी प्राप्त विवरण में प्रसारित करते के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इसकार के बारे में करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काल में याचार्य हूं कि येर्टी नाम, नाम, जीर्णी और विवरण जोरी कि याचार्य के उद्देश्य में दीखती है युक्त चाहा, नहाना का हक्कार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" शब्द, उपकरण नहाने की विवरण अविव और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसकारा या जीर्णी का निराम

AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पात्र द्वारा करता)

- 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, इसकारी की जीर्णी में याचार्य/रीटी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण नहाना देखु दिलाई की जाती है, जिसे हम (इस्पात्र) विवर प्रकार में मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो संघर्ष और न ही भविष्य में विवरण याचार्या कियी गैर साकारी संघर्षन के दिलाई अन्य संस्कृत में लेखे गए गहरा है, जीर्णी कि इसने "कोशिका फाउंडेशन"
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से जीर्णी अन्य संस्कृत में याचार्या लेखे गए अधिकार सुझाव देता है। इस पूरी में स्वप्न करता जाता है कि याचार्यात द्वितीय वर्द उपकरण दीर्घायते देखु दिलाई गैर साकारी संस्कृत या दिलाई अन्य संस्कृत में नहीं लेखा/रखेंगी।
 3. "कोशिका फाउंडेशन" से जीर्णी याचार्या के बाहर विवरण प्रकृता की है। जोरी पर इसकार द्वारा योरी गहरा याचार्या का चुनाव देखी गई इस्पात्र

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager, Outpatient

Institute: "M.S. Shapoori & Eye Care"
(A Unit of Institute for Diabetes & Eye Care)
101 - 1st Floor, Shrikrishna Eye Care Centre,
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

नम व एस्पात्र अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगोरोन की तारीख
(12/15/24)

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MSc, PGD, FRCR)
Consultant: Phaco & Refractive

HOSPITAL NO. 9824 KOSHIKA FOUNDATION

अन्तिम उपर्युक्त हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2