

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : **B1052410412**

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि **01/5/24**

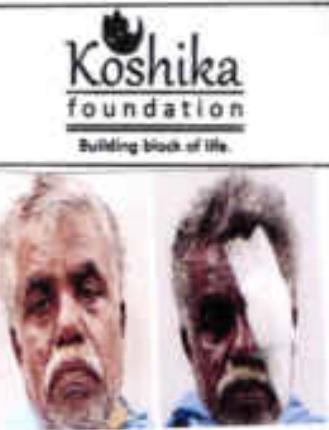
NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम
Venkataramappa

AGE-YEARS वय-वर्ष

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/काकुली का नाम
SLO muni Shannappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तविक स्थान संबोध्य पता
**Masanda hali, village muthi Boni,
malkur taluk kolar KTT karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान साक्षात्कार पता



OCCUPATION:
जनवासी

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थान खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आप आय कर रहे हैं (जो मान्य हो उस पार रही का विशेष लक्षण)

Yes / No
हाँ / नहीं

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नहीं)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 सम्बंध
①	Lakshminarayana	50Y	F	wife
③	manjunatha	25Y	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनियोग आवश्यक

BPL Card (Attach Card/Copy) गरीबी रेखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ छाड़ियां संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य अवृत्ति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विभिन्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/कोकिल से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न		
①	DIAGNOSIS RF cath AF cath AF cath		
	Surgery :- AF cath + PCTOL		

ASSISTANCE BEING AWAILED 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 AWAILED इस उद्देश्य का साक्ष्य राशी
①	DHCS	8000/-

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित द्वारा पूछता प्रश्न:

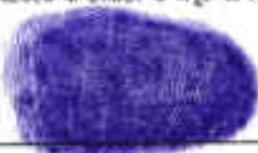
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पूछता करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण में सहजाती के अनुच्छेद सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं काब्य असत्य उत्तर जाता है तो मैं सहजाता निर्दिष्ट की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जैसा सहजाता गया "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्युक्त उत्तर उपर्युक्त की पूरी के लिए दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में भाग गया है।
- 3) मैं पूछता करता हूँ कि विवरण सहजाता है एवं यह प्राप्ति की गई है, उस दिन का गवाहिका या सहजाता विभाग अन्व धूम/नियोजक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भवित्व में भी है।

AGREEMENT by APPLICANT (अधिकारीक 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर आपने इसका या अन्तर्गत की जान लाभकार, मैं (अधिकारी) अपनी सहजाती की पूछता करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उत्तर नियोजक" को अधिकृत करता हूँ कि मैं नाम, जात, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शायित हैं, उसे "कोशिका" एवं नामी, जात, वाक्यांश दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गवाहिकाओं और उपलब्धियों के लिए दिये जाएं जो प्राप्ति सहजाता से प्राप्तिशील हैं। मैं इसके बाद विवरण में इसका को पहले जो जात में दर्शाया जाता है उसे उत्तर से जान नहीं करता।
- 2) मैं (अधिकारी) इस जात से सहजाता हूँ कि मैंने नाम, जात, फोटो और विवरण जो कि सहजाता के उद्देश्य से प्राप्तिशील हैं, मूल सहजाता; सहजाता का हक्काएँ नहीं बढ़ाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उत्तर नियोजकों का गवाहिका अधिकृत और सहजाती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकारी की हस्ताक्षर या अन्तर्गत का लिखा



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इसमें अधिकृत, सहजाती की ओर से नामलेखी जो "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहजाता हैं द्वारा दिया गया है (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से जान व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न गो वर्तमान और न ही भवित्व में विविध सहजाता दिये गए सहजाती संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसका गोरीगामाले ने लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विविध विविध उत्तर के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा नवाचार हैं कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहजाता विभाग अधिकृत सहजाता है तो सहजाता दियो जाने वाली सहजाती संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से सहजाता लेने वाला अधिकृत सुनिश्चित रहता है। इस पूछता में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय वर्ष उसका गोरीगामाले है तो दियो जाने वाली सहजाती संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध से पहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाने वाली सहजाता के लिए विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्ताक्षर द्वारा ही गई सहजाता विभाग/प्रक्रिया का चुनाव एवं एवं हस्ताक्षर की ओर का विवर है जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियो जाना वाला कोई रखने वाली है। इसीलिये हस्ताक्षर में ऐसी के द्वारा सुनाया और अपने जाने की सही विवरती दी गई एवं हस्ताक्षर भी होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विप्रयोगी इस साथे में नहीं होती।

Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

100M, Thimmisal Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सहीकृती के लिए संकेतित

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

100M, Thimmisal Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंपोरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. B.Sc. No. with Stamp)
MS, MSc, FRCR, FRCO
Consultant - Phaco & Refractive

FORM INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

S. S. S. S. S.

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर ।

S. S. S. S.