

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building back of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

B/0623/0415

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Chowdamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

w/o Muneppa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Punyahalli, Mulabagal Taluk, Kalas

District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



pre op post op
04/15 chowdamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. आय का स्रोत संख्या

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

आप आय का दाता हैं (जो प्रत्येक हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1.	Muneppa	60 yrs	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
		✓	✓

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किने गये वस्तु का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LK - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1.	DBCS	2,000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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.

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

AGREEMENT by HOSPITAL (EACHING THE WELL)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter

इसी अधिबृत्त, इजसबरी की ओर से सप्तर्षि/पौषी को "कोशिका कण्डन्देशन" से विलीन गठायित हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हम (हमपात) निम्न प्रकार से ध्यात व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वरीयता और न ही वरियता में किसी व्यवस्था किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति को उक्त टोपी/पायल में रंगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टर" में विषकीर्ण/किसी उक्त को सम्बंध में "कोशिका काउन्टर" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टर" द्वारा व्यवस्था विनियम अतिरिक्त-संचाल हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन में व्यवस्था लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य प्राधन में नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" से लगे हुए अग्रगण्य डॉक्टर चरित्त चक्रवर्ति की है। लंगी या इन्फ़ेक्शन द्वारा ही गर्भ भ्रूणक या बच्चे पर उपका/प्रतिषेध का प्रभाव पड़ा एवं इन्फ़ेक्शन को शोध का विषय है और "कॉलिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवायक नहीं है। इसलिये इन्फ़ेक्शन में लंगी का इन्फ़ेक्शन मुख्य और अन्य जगह की सारी जिम्मेदारी लंगी एवं इन्फ़ेक्शन की होती है। "कॉलिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्त्रीकला के लिए संस्कृति

Date of Surgery
जर्जियन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant: Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Mr. Lakshmi Prasad N.
 Institute for Distance Education
 (A Unit of Sri Lanka Open University)
 100, Galle Road, Galle, Sri Lanka

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(प्राची कश्यप)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्ती राखणा २

10-02-2023