

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No : N/0622/0587

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 14/6/22

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Rajamudi

आवेदक का नाम

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Chikkangayakka

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tarekere, Maddur Taluku

Chandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop postop
cataract Rajamudi

OCCUPATION : Coolie

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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	Puttathayamma	58	F	Wife
②	Harisha	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्तृ कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Best Proof आप का साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataraact LE Cataraact
②	Surgery RE Cataraact + PCIA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गयी सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO ☐ N/A

- 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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुमान लगाने एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी गलतफहमी विरक्त को आ सकती है।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200-400)

- 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 प्रश्न का उत्तर हमारा है कि नहीं, मैं (अमेरिका) अपने नागरिक को बुद्धि बना हूँ। यह "बौद्धिक पराधीनता" का अधिकृत काल है कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "बौद्धिक" राज्य जारी, हथ, वास्तविक दुर्गो उद्देश्य में जुड़ी व्यक्तिगत और उद्देश्यपूर्ण के बिना बिना भी प्रसार सम्पन्न में प्रेषित करने के लिए अधिकृत है। वेत प्रश्न का विवरण वेत प्रश्न के पक्ष में यह वे करने के लिए "बौद्धिक पराधीनता" के जारी अधिकृत है।

2) मैं (अमेरिका) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि संपादन के उद्देश्य में प्रेषित है जुद्ध प्रसार, संपादन का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "बौद्धिक" राज्य उसके नागरिकों का विशेष अधिकार और वास्तविकी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

ARTICLE 10. *Amended by Ordinance No. 102, 1997.*



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFECTIVE DATE)

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 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.

हमारे अधिकांश, हजारों की ओर से मायने-रंगी को "कोशिका काटनेवाला" से मिली सहायक रंग विभाजित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बाधकता और न ही अधिकांश वित्तिय सहायता किसी एक याकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होती है। इससे स्पष्ट होता है कि किसी एक याकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जा सकता है कि अधिकांश वित्तिय मदद एक ही व्यक्ति से प्राप्त होती है।

2. "कॉशिका पाठशाला" से तो यह सहायता संबंधित प्रकृति की है। तोपी का सम्बन्ध इस से यह सलाह का बिना यह उपाय/प्रक्रिया का मुख्य तोपी एवं सम्बन्ध का बिना है और "कॉशिका पाठशाला" इस विधि उपाय का कोई उपाय नहीं है। इसीलिए सम्बन्ध से तोपी का उपाय सुझा और जाने जाने की सारी विधियों से तोपी एवं सम्बन्ध को तोपी और "कॉशिका" को कोई भी प्रकार का सम्बन्ध इस सम्बन्ध से नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मन्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अभिषेक को तारीख

1622

12/6/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)
KAC, Bangalore

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

Importing from the Internet & Beyond

(Name, Address & Designation of Signatory)
(A unit of Shreevastu Eye Care Trust)
16/3, Thiruvalluvar Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरण हीन

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आमो हस्तात ।

— ३३३ —

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामोई हस्तद्वयम् २

sent