

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

## (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : B/0823/0863

APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 17/8/23

NAME OF APPLICANT: आवेदक का नाम

Ramesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष 65

SEX लिंग M

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

L/o Narasimha

Present Residence Address: वासान स्थान गोदावरी चतुर्थ  
Howdley Hadgiur Taluk Mandya  
Karnataka

Permanent Residence Address: वासान स्थान

Same as above

pre op post op  
0863 Ramesh

OCCUPATION: व्यवसाय

Coolie

MARRIED (जिवाली) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

27,000/-

(Attach Proof of income)  
(आय का स्वाय संतान)

PAN No. स्वाय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
मैं आय वापर कर रहा हूं (जो भाव्य हो उस पर सही का निशान लगायें।)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) )	Shanthamma	42	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विनाश आधार

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
गोदावरी रोड के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाल फूटी संलग्न करें)	लाल लाल पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाल फूटी संलग्न करें)	उपपालता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाल फूटी संलग्न करें)	

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जहारी की गई प्रतिवेदन मूली संलग्न	
1) )	Diagnosis	RE Cataract LE Cataract
2) )	Surgery	RE Cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लाई गई सहायता राशी
3) )	DRG	2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** नामक द्वारा घोषणा करें:

- 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 संक्षेप करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये मेरी विवरण में आपकाएं के बाबत सब यह यहाँ है: यह, कोई विवरण यह क्षमता नहीं जाता है कि मेरी आवश्यक सेवा को जाकर है।  
 2) मैं दुष्ट या समाज की "कोरियो पाइन्डेन्स", या भी नहीं हूँ, उसका उपयोग ही अपनी की दृष्टि के लिए किया जाता, जो इस अकाल में चल गया है।  
 3) मैं युधिष्ठिर हूँ कि विवर नहीं है कि आवश्यक की तरफ है, उस यहाँ का विवर यह सबल विवर की तरफ खोदनियोग्य/अदृष्ट आवश्यक से न हो लिया है और न ही धूप न हो रहा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (नामक 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 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 confirming the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष या अपने हाथापाणी पर आवश्यक, या (नामक) आवश्यक की युधिष्ठिर को युधिष्ठिर हूँ कि "कोरियो पाइन्डेन्स और उपर्योगी आवश्यक" को विवर करता हूँ कि मैं यह यह, कोई भी जो विवर इस अकाल में दृष्टि है "यो "कोरियो" द्वारा नहीं है, एवं यहाँ दृष्टि यो विवर में जुड़ी परिवर्तनों और आवश्यकों के लिए किसी भी विवर आवश्यक हो जाए तो यह अपनी विवर करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रत्यक्ष का विवर में आवश्यक के बारे या बात में बाबू के लिए "कोरियो पाइन्डेन्स" का नामी अधिकृत है।  
 2) मैं (नामक) इस बात में सहमत हूँ कि यह यह, कोई और विवर या विवर को उपर्योग में प्रयोग के लिए सहमत नहीं है। यह सबल या उपर्योग में "कोरियो" द्वारा इसकी आवश्यकीय का विवर अदृष्ट और वापसीकरणीय होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

आवेदक के हाथापाणी पर लगाए जाने वाले विवर



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पातल 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:

- 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.

एवं अधिकृत, आवश्यकीय को अपने संस्थानीय को "कोरियो पाइन्डेन्स" में विवर आवश्यक है जिसकी जाति है, फिर इस (हास्पातल) फॉर्म पर आवश्यक व संरक्षित करते हैं।

- 1) यह कि न तो वासिन और न ही भविष्य में विवर आवश्यक किसी भी समाजी संस्करण के विवर में आवश्यक नहीं है तो यह यहाँ "कोरियो पाइन्डेन्स" में विवरित/विवरित उक्त यह सभ्यता में "कोरियो पाइन्डेन्स" द्वारा यहाँ देखा जाता है। यह "कोरियो पाइन्डेन्स" द्वारा सहमत विवरी अधिकृत आवश्यक है। यह युधिष्ठिर की विवर आवश्यक है। इस युधिष्ठिर का विवर आवश्यक है।
2. "कोरियो पाइन्डेन्स" में जो वह सहायता नहीं किया गया वह विवर आवश्यक है। यह कि यह कोरियो पाइन्डेन्स द्वारा किसी प्रकार का कोई विवर नहीं है। इसीसे इस्मात में यहाँ को इस विवर आवश्यक है। यह कि यह कोरियो पाइन्डेन्स द्वारा किसी विवर आवश्यक है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

*Lakshmi*

Date of Surgery अंतिम तिथि: 11/8/2023	Dr. Laxmi Dogenavar MBBS, MS, FPMR, MCO Consultant Dr-Surgical Oncologist KMC No. 100244	Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A unit on behalf of Hospital Care Trust.) # 167M, 17th Floor, Kanchan Bhawan, Mahatma Gandhi Road, P.
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्निक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हाथापाणी   	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हाथापाणी   
---	---