

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

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

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 17/8/23

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम

Ramesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

w/o Narasagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kowdley Madhur Taluk Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

pre op post op
0863 Ramesh

OCCUPATION : व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

27,000/-

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगायें)

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 विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1)	DRUG	2000/-

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 (attach to 400)

- [illegible]

आज के समय में हमारे सामने बहुत सारे नए नए विचार आ रहे हैं।



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosonita) 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.

इससे अधिकतर, इसकाधरी की ओर से सम्बन्ध/प्रेम की "कोशिका फटाखोशन" से प्रीतिव महाभारत हेतु निकर्षण की जाती है, जिसे रूप (इसमात्र) निम्न प्रकार से नाम व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो चार्मन और न ही अध्यक्ष ने विहित महापत्र किसी रीत सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थ से उत्सर्ग रोगी/मरने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिद्धांत/विधिगत उद्घाटन के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापत्र विहित अधिकाधिकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य रीत सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से महापत्र लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पत्र उत्सर्ग रोगी/मरने हेतु किसी रीत सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" ने जो नई महापत्र संकेत चिह्न प्रकृति की है। रोगी या इस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का सुधार रोगी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसीलिए इस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और जाने जाने को जारी निर्वेहारी रोगी एवं इस्पताल की रोगी और "कोशिका" को कोई सुविधा या निर्वेहारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

17/8/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPBS, MCO
Consultant of Dr. R. R. Chaudhary with Shree

Mr. Lakshmi Prasad N.
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit on behalf of Hospital Care Trust.)
[Signature]

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ज्ञानार्थिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 त्याची हस्ताक्षरे :

here