

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0948

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/08/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hanumeshachiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

3/o Late Dodd Thimma Bani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पता

B.H. road bandihalli garagandanihalli post.
Tiptur dist. Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप को साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र

(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अत्यल्प 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 चिह्नों 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 LE-Cataract + PCOL.

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 राशि
1	DBCS	2,000/-



preop postop
0948 Hanumeshachiah

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 यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस की सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ तो, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता को या इस प्रत्येक की पूर्ति के लिये, इस सहायता का अतिरिक्त या अतिरिक्त किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हद्वक्ता) अपने सहयोग की सुविधा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, दान, सहायक या दूसरे उद्देश्य से सूची गतिविधियों और जानकारी को निर्दिष्ट किसी को इसका उपयोग में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राह्य अधिकृत है।

2) मैं (अर्हद्वक्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्यों से प्रेषित है पूरी तथ्य: सहायता का प्रस्ताव नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन इसके ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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.

इससे अधिकृत, हमारा ही को और से माध्यम/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमself और न ही वित्तीय व वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में से या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पत्र हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सहायता हेतु बन्धु नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं: हम पूर्णतः मान्य व स्वीकार करते हैं कि हमself द्वारा पत्र उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: रोगी या हमself द्वारा तो यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमself में रोगी को उपचार सुरक्षित और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होगी और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सन्धीकृती को लिए संस्मृति

$$23 \mid 8 \mid 22$$

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Doc & Regn. No. with Stamp)
(A Unit of Shri Chaitanya Charitable Trust)

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Sree Moolam Hospital Trust)
25-3, 1st Floor, 1st Main Road, Andhra

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

THESE STUDIES

आपकी समस्याएं ?

Exchanged

1212