

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0949

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/08/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Kasiyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Shimsha gurugudahalli post Kasaba hobli
Tiptur Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

Same as above



Preop 0949 Postop Jayanna

OCCUPATION :

व्यवसाय

Codic

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. प्राप्त/छाता 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 के साथ सम्बन्ध
1	S.J. Kasiyappa	20	M	Son

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) 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 किसे गये चिकित्सीय 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 + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

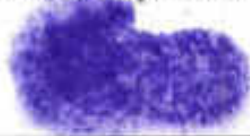
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 100)

- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से निश्चित हूँ कि मेरा नाम, पाल, फोटे और जो विचारण इस प्रकार में अभिहित है, उसे "कोशिका" प्रत्यक्ष ज्ञाती, राज, साधनायक दुर्गो उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और प्रत्यक्षियों को तिले किलो की प्रस्ता साधनायक में प्रकटित करने को लिए अभिहित है। मेरे प्रत्यक्ष का विचारण मेरे प्रस्ता की प्रस्ता या बल में करने को लिए "कोशिका साहचर्य" में ज्ञाती अभिहित है।

आवृत्ति का प्रमाण का अनुपात का प्रमाण



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकांश में निर्दिष्ट प्रक्रिया का किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त घोषितपत्रों में से कोई एक है, वेदों कि इनमें "कोशिका कारागारों" में विमानशिप/विमानों उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका कारागारों" द्वारा गहर होनु कि है। यदि "कोशिका कारागारों" द्वारा प्रशासन निर्दिष्ट प्रक्रिया/प्रक्रिया हेतु वास्तु नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में प्रशासना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय चरण उक्त घोषितपत्रों हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका पाटनोशन" से तो यह अंशदाता जैविक प्रकृति की है। रोणी पर इन्फेक्शन द्वारा ही यह संभव था कि यह उपचारप्रक्रिया का सुचारु रोणी एवं इन्फेक्शन से रोणी का विषय है और "कोशिका पाटनोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में रोणी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं इन्फेक्शन की रोणी और "कोशिका" की कोई भीमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती अं. विप. संस्तुति

23/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
होमर, बी. एच. न. गवर्नर बिल्डिंग,

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Sree Eye Hospital Trust)
Dr. P. R. Ramakrishna, Director, Shree Sree Eye Hospital
M. Thiruvalluvar Road, Madurai - 625 002, Tamil Nadu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

ज्यामिनी इस्तख्श

व्याप्ति प्रमाण २

Exempel

lieve