

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1092211024

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/9/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chandraiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

s/o Late Sanna Siddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Athen Chaitanyakurushalli post. Konavalli

heble tipia tumkur Koenatara

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवासीय पता

Same as above

preop
1024post op
Chandraiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का सक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Nandeesh A.C	2	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 सक्ष्य
---	---	---	---

"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 मुची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract 16-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCOL

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 ली गई सहायता राशी
1	DBS	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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की सहमति एवम् "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नक में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस संस्थाता हों वह प्राप्ति को यह है, उस एवम् का आर्थिक या वस्तु विनियम विनियम अन्य प्राप्ति/विनियम/विनियम आधारी में न हो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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 fulfillment 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 इच्छाया या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका काउंटिंगन और डबल न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यासी, दान, साधन-या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने को लिए "कॉशिका काउंटिंगन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इकटार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्याकारी होगा।

आपदेक के इगामाया एं अंगुले का निगाम



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिकृत, हमेशाही को ओर से मामलों/रंगों को "कोशिका-काउन्टेशन" से विशिष्ट सहायता हो सकारित की जाती है, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित महापता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त टोपी/पायल में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" में निम्नलिखित/विहित उक्त के सम्बंध में "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कॉन्सिडर फाउन्डेशन" द्वारा महापता विरति आशिक/सफल हेतु मजदूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्पादन में महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरदर उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोरिका फायनडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी का इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लान्ट से बीच का विषय है और "कोरिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इम्प्लान्ट में रोगी को इलाज मुफ्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कोरिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सन्धीकाली के लिए संयुक्तता

9/9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
TAMILNADU DRUG REGISTRATION BOARD

Mr. Lakshmiipathi N
Manager, Outpatient
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree
S/M. Thimmaiah & Co. Private Limited)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी वसुधा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Safesungul

John F. Kennedy