

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	N109221073	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	13/9/22
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Anusuyamma	AGE-YEARS वय-वर्ष:	60
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी वापर का नाम:	w/o Anand	SEX लिंग:	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: 6-1/1 10 th Cross Brigalwadi, Bangalore urban Karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता: Same as above	
OCCUPATION: व्यवसाय:	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	PreOp 1073 post op Anusuyamma
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:	28,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई ज्ञात संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप ज्ञात कर दाता हैं (जो गल्य हो उस पर सही का विश्वास लगाएँ)		Yes / No <input checked="" type="checkbox"/> 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			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता का लिये विभिन्न आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गणराजी रेता के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म ज्ञात वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Rating Card (Attach Copy) टपचोका कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गए विवरों का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हासिलर में जारी की गई इलिकेशन मूलों में संलग्न		
1	Diagnosis RE-Cataract CE-Cataract		
2	Surgery CE-Cataract + PCOL		
ASSISTANCE BEING AVALIABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIABLE लो गई सहायता राशि	
1	DBCS	2,000/-	

DECLARATION by APPLICANT (宣傳文句)

- 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.
 - 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.
 - 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 (簽名 証實)

- 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 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.

3) इस प्रयत्न पर अपने हास्ताक्षर या अंकित की त्रैयः समाकार में (आवेदक) अपनी महामति की पुष्टि करते हैं एवं "कांशिका फाउंडेशन-जैर उपलब्ध व्याहोर्प" को अधिकृत करते हैं कि मैंने काम पाला, फौटों और जीवितण इस प्रयत्न में संकायित है, उपरे "कांशिका" पर्याप्त जागरी, धूम, पाचनाया दूर्घट उपरोक्त में जुही गतिविधियाँ और उपलब्धियाँ जो लिखे जाते हैं वे प्रस्तुत यथाज्ञ में प्रस्तुति करने को लिए अधिकृत हैं। मेरे प्रयत्न का विवरण में इन्हें वे बताएं या जान में करने के लिए "कांशिका फाउंडेशन" व ज्ञानी अधिकृत है।

4) मैं (आवेदक) इस काल में सहायता हूँ कि योग्य जाप, जाल, फौटों और विवरण जो कि सहायता के उद्दीर्णमें से प्राप्ति हैं मुझे म्हणा; सहायता का हकदार नहीं बताता। इस सम्बन्ध में "अधिकृत" प्रस्तुत जागरियाँ का विवेद, अधिकृत और अधिकारी होंगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

प्राचीन के अधिकार का अन्त से का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (FIRM OR SIGN)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इनको अधिकतर उपस्थिति की ओर से विचारणा की जाती है, जिसका असर अमरीका करते हैं।

- 1) यह कि न हो चर्चापन और न ही अधिकार में विलिय सहायत किसी गैर सकारी संसदाम या किसी अन्य स्थल से उक्त गोपी/गामते में ऐसे या ऐसे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाटावन्हेशन" में विवरित किया है कि उक्त के समय में "कोशिका फाटावन्हेशन" द्वारा मरण हुआ था। यह "कोशिका फाटावन्हेशन" द्वारा सहायता किया गया नहीं किया जाता है लेकिन उक्त का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन पृष्ठ में सभी गवाह जाता है कि अपनातां द्वितीय मरण उक्त गोपी/गामते हुए किसी गैर सकारी संसद या किसी अन्य स्थल से नहीं होता/होता।
 - 2) "कोशिका फाटावन्हेशन" में भी गई सहायत अंडात विलिय प्रकृति की है। ऐसी पर हमेशात द्वारा ही गई समझ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का बुनाय होती है एवं हमेशात जो बीज का विषय है और "कोशिका फाटावन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखना नहीं है। इसलिये हमेशामें ऐसी को उन्नात सुधार और आगे जाने को यादी कियमेंदारी होती है एवं हमेशामें ऐसी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकारी के लिए संस्कृति

Date of Surgery अंपायन की तारीख <i>13/9/22</i>	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery (Nashik Eye & Diabetes & Eye Care (Nashik) Dr. B. N. Regd. No. with Stamp) (A unit of KMC Nashik under KMC Reg. NO. 14/2000)	Mr. Lakshman B N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute from where stamp is issued (A unit of KMC Nashik under KMC Reg. NO. 14/2000)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION # 160203-TRINITY

SIGNATURE of TRUSTEE 1

३४८१

Safary

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाँ वर्षमा २

See VB