

Bhandupete

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No.: N/0921/1075 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 30/07/2021 आवेदन तिथी		
NAME of APPLICANT: Balave gowda आवेदक का नाम		AGE-YEARS 63	SEX M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Putte gowda पिता/कदम्ब का नाम		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता mattainaharapura, chamarajanagar - 571111.		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता same as above				
OCCUPATION: Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA		
PAN No. स्पाई खाता संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ना आप आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)		Yes / No 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 सम्बंध
①	mithaduva R	27	M	son
②	Sunita S	19	F	daughter in law
③	P.Ganesh	2	M	Grand son
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनामी आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की 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 विनामी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
①	RF - mat cataract LR - cataract			
②	Spinning RF - cataract + IOL			
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 लो गई सहायता राशी	
①	INR		2,000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषण करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसे ही हैं जो मेरी जानकारी के अनुमति सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निश्चित की जा सकती है।
- 2) मैं द्यूध जो सहायता गांधी "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं पूछता हूँ कि जिस सहायता द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस राशि का आवंशक या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/वित्तीय कार्यक्रम से न हो लिया है और न ही याचिक्य में होता है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 its 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 प्रचलन पर अपने हस्ताक्षर के अंदर बैठा जाना जानकारी, एवं (आवेदक) आपने राजनीति की पुष्टि करते हुए एवं "कोशिका फाउंडेशन" और उसके न्यासीयों को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जो विवरण इस प्रचलन में घोषित हैं उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दार, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार प्राप्ति से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। पैरों प्रश्न का निवारण परे इलाज के पहले या थार में करने के लिए एवं "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बाहर से सहायता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और विवरण जो कि जानकारी के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का इकाय नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके व्यासियों का निर्देश अद्यता और जाप्यकरण होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या लांघने का निशान


LTI
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मान्यताप्रीती की "कोशिका फाउंडेशन" से विद्युत सहायता द्वारा सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न तो बतावान और न ही भविष्य वंशिय व्यापारी नियमों एवं याकारी संस्थान या किसी अन्य व्योत से उक्त रोगी/मायले में सौंपे या ले रहे हैं, और कि इनमे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनियत उक्त को सम्बन्ध ने "जांशिका फाउंडेशन" द्वारा दद्दर होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्यूध सहायता विनियत आशिक/सकल होता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संसाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पूछता में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल हिंसीय मदद उक्त रोगी/मायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/देगा।

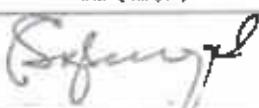
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता के बावजूद विद्युत प्रकार की रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनव गैरी पर्यंत हस्पताल व्यावधी का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई बदलाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सभी विषयवाची गैरी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी दम नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संलग्नि**

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख <i>30/09/2024</i>	Dr. Lakshmi Pathi N Manager, Out Patient Department (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Hospitall का नाम यह हस्पताल के उक्ति न.	Mr. Lakshmi Pathi N Manager, Out Patient Department (A unit of Shri Shradha Ayurvedic Camp # 154, Thirumalai Road, Miller Tank Beach, Tirunelveli, Tamil Nadu - 627007, India)
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

