

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N1092211090

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथी

13/9/22

NAME OF APPLICANT:

आवेदक का नाम

Eswara

AGE-YEARS

वर्ष - वर्ष

SEX

लिंग

75

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/स्त्री का नाम

S/o Late Narasimhaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासाना जावाहरपेटा
No 219, Shiva Nagara madhugiri Tumkur
District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जावाहरपेटा

Same as above

Prepop
1090Post op
Eswara

OCCUPATION:

प्रबन्धना

Unemployed

MARRIED (जिवाहित) / UNMARRIED (जिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

PAN No. स्पाई नंबर संख्या

(आप का साध्य मतलब)

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

आप आय कर रहा है (जो मास ही उस पर सही का निशान लगाये)

Yes / No

हाँ नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.
क्रम संख्याName of Family Member
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)
वर्ष (वर्ष)Gender
लिंगRelation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्धBASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता को लिये विवरित आधारBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रोक के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)मानव आप वर्त प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)Rashtriya Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की लागत फ्री संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.

महायता हेतु किये गये विस्तृत का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/क्लिनिक से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1 Diagnosis

RE-Cataract

I.G.Cataract

2

Surgery

RE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महायता किये अन्य स्रोत से लिया गया हो?Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED

ली गई महायता राशि

1

DRCS

2,000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा करें)

- 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 अपने कानूनी रूप से इस आवेदन में दिये गए सभी विवरण सही जगहांती की अनुसार जाते थे औं यह कार्य विवरण एवं कानूनी जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता मिली "कोशिका कार्डिनेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए विषय बनेगा, जो इस आवेदन में जाता था।
- 3) मैं यूट जाता हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति की जाती है, उस तरीके का अधिकार यह बहल विवरणी अथवा नियोजक वीच कानूनी न हो सकता है और न ही विवरण में दर्ज हो।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 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 प्राप्ति का अधिकार इसमें जाता है कि इसके अन्तर्गत कोई उपर्युक्त कानूनी "जारीरी" को अधिकृत कराता हूं कि मेरा नाम, फोटो वा जो विवरण इस प्राप्ति में दर्जित है, उसे "कोशिका" द्वारा, जाता, दाता, व्यवस्था द्वारा उसी उद्देश्य में दूरी गोलियां वीच कानूनी अधिकृत के लिए विस्तीर्ण भी प्राप्त माध्यम से प्रसारित कराने के लिए अधिकृत है। मेरी प्राप्ति का विवरण में इनकार के चलते या कानून में जारी कराने के लिए "कोशिका कार्डिनेशन" वा जारीरी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस कानून में सहायता हेतु कि मेरा नाम, फोटो वा विवरण जो विवरण की सहायता के उद्देश्य में दर्जित है युक्त स्वरूप सहायता जो कानूनी अधिकृत है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके जारीयां वा नियोजित अधिकृत कानूनीता होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के इसका वा उसके का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (इसका द्वारा कराया)

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.

इसका अधिकृत, हमारी जो जो से मान्य/उपर्युक्त को "कोशिका कार्डिनेशन" में विविध सहायता हेतु विवरणों को जारी किया है, विसंगत हम (हमारा) निम्न प्रकार से जान व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि मेरी जान व स्वीकृत में विविध सहायता विस्तीर्ण भी सहायता की विवरण के विस्तीर्ण जान व स्वीकृत में लौटे या नहीं है, वैसे कि हमने "कोशिका कार्डिनेशन" से सिफारिश/विस्तीर्ण उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा प्रदर्शित है। यदि "कोशिका कार्डिनेशन" द्वारा सहायता विस्तीर्ण अधिकृत/अधिकृत है युक्त स्वरूप नहीं किया जाता है तो असम्भव है कि विस्तीर्ण जान व सहायता विवरण के विस्तीर्ण अधिकृत/अधिकृत है। इस यूट में स्वयं जारी किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय प्रदर्श उक्त योग्यताएँ हैं तु किसी विवरण के सम्बन्ध में नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका कार्डिनेशन" से दो गों जाता विवरण प्रदर्शित की जाती है, एकी पर हमारा द्वारा दो गों सम्बन्ध में विविध अपवाह/अधिकृत का दुनिया दोनों एवं हमारा

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संकेतित

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Institute of Diabetes & Eye Care
(A unit of Shri Bhakti Eye Care Trust)
16/M, Thirumalai Road, Velachery, Chennai - 600042
KMC Reg No. 4/Regd/2008/2

Date of Surgery
आवेदन की तिथि
13/9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surg.
Institute of Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regd. No with Stamp)
(A unit of Shri Bhakti Eye Care Trust)
KMC Reg No. 4/Regd/2008/2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनावृत उपयोग है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम सहित।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम सहित।