

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: N/0922/1162
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 21/09/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Jayamma

AGE-YEARS वय-वर्ष: 62
SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/जीवनानन्द का नाम:

W/o Muniyachappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान जावाहीचे ठाळ
No. 92, Annavappa road, Yelachenahalli
Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय ठाळ

Same as above



Proof
1162
Postop
Jayamma

OCCUPATION:
पेशी

Home maker

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
गांत वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साधारण संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
क्या आप अवय बर कर रहते हैं? (जो मात्र हो उस पर महो का विभाग लगाते)

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 सम्बन्ध
1.	Muniyachappa	70	m	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) बीपीएल के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एसएस कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उत्तराखण्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की जाति प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विवरी का उल्लेख:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टीटर से जारी की गई प्राइवेट सूची संलग्न	
1.	Diagnosis	RF — catarract RF - catarract
2.	Surgery	LF - catarract + PTL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विभिन्न अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि
1	DARS	4000/-

DECLARATION by APPLICANT: निम्नलिखित 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 घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये ममी विवरण भी जालकारी के सहायता माध्यम पर्याप्त नहीं हैं। यदि कोई विवरण इस कानून अनुसार याचिक नहीं है तो यही सहायता निम्न की जगह जाली जाएगी है।
- 2) मैं द्वारा जौ सहायता दी गयी "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण", जो तीव्र जैवी है, उसका प्रयोग उत्तीर्ण की गृहीत के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकाश में आया गया है।
- 3) मैं युक्ति कानून द्वारा किया गया सहायता द्वारा यह प्राप्ति की गई है, उस दिन का अवधिकार या सहायता द्वारा किया गया सहायता में न हो जाता है तो न ही योग्यता में रहता है।

AGREEMENT by APPLICANT (निम्नलिखित द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/public/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 प्रकाश पर आपने हमारीका जाली जाव लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की युक्ति कानून द्वारा "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पता, जाली और जैवी विवरण इस प्रकाश में दीखता है, उसे "जोड़ीशका" द्वारा नामांकन, दान, जालकारी के साथ दूसरे उद्देश्य से बहुत गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उपयोग यात्रा के प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रयोग या विवरण में दूसरा के पासे या बाहर में करने के लिए "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" या नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस प्रकाश में दीखा नाम, पता, जाली और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में दीखता है युक्ति सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "जोड़ीशका" द्वारा उसके नामीयों का नियम अविभाजनीय होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हाथस्थान का अंगूठे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हमारका 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 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.

इनपार्टी अधिकृत, हमारीकी जाली जैवी विवरण को "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" में दीखाया गया सहायता द्वारा विवरित की जाती है, जिसे हम (हमारका) दीखा प्रकाश में दीखता है।

1) यह कि न ही यात्रीय और न ही योग्यता में दीखिया गया सहायता का विवरण या सहायता की संस्था में जैवी जैवी विवरण में दीखता है। यह कि "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" द्वारा नाम ही है। यदि "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" द्वारा सहायता दीखता है तो यह यात्रीय विवरण या सहायता की संस्था में दीखता है। यह यात्रीय विवरण में दीखता है।

2) "जोड़ीशका पाठ्यान्वेषण" में दीखता है। यह यात्रीय विवरण में दीखता है।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संन्याय**

Date of Surgery अंपायोग की तारीख 21/09/22	Dr. Nagesh B N Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetic & Eye Care (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) संस्था का नाम व अधिकारी का नाम	Mr. Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of 'For behalf of Hospital' Trust) # 15/M, Third Floor, Sankalp, Sector 123, Gurugram, Haryana, India
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामीय हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामीय हस्ताक्षर 2