

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0922/1162

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/09/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

W/o Muniyachappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No 92, Annayappa road, Yelachenahalli

Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 विनति 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"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 सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
2	Surgery LE - cataract + P.I.O.L

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	DBCS	₹ 200.00 /

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.

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करार)

2) मैं (आत्मैक्य) इस बात से सहमत हूँ कि पेघ नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों से प्रार्थित है पूर्ण स्वतः महापता का हकदार नहीं बनता। इस संबंध में "बोशिका" समय उसके व्यक्तिगत का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेटर के सम्बन्ध में अंग्रेजी का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा जारी)

2. "कोशिका पायन्डेशन" से तो यह ज्ञात होना चाहिए कि कोशिकाओं में ही है। रोगी पर हमला करने वाला टी सी एल वायरस का प्रसारण रोगी एवं स्वस्थता के बीच का विषय है और "कोशिका पायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हमला करने वाले रोगी के हस्तानुसार और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं स्वस्थता की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्थान

21/09/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Cornea & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
पञ्चरत्न आर्य समाज हॉस्पिटल चर्चरु

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sree Chitra Medical Trust)
on behalf of Hospital)
16/M, Thiruvananthapuram District, Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

व्यासै हस्ताभार ।

प्यासही हल्लाधर ३

Exempel

Rich