

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

B10824/1175

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथी

13/8/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Veliyajama

AGE-YEARS वार्षि-वर्ष

71

SEX लिंग

F

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

D/o Rajarama

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान बसायत स्थान

Boommahalli, Mundwut taluk.
Chennayangalur distt Kanchipuram

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जात्ययन स्थान



Proof Postop
1175 Veliyajama

OCCUPATION:
पेशी

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. स्थाई जल्दी संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा आय आय कर रहा है (जो माना हो उस पर मात्र का नियमन लगता)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	Mahadevamma	66y	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विचरी आधारBPL Card
(Attach Card Copy)गरीबों के गोद व्यापार यदि
(व्यापार एवं की जाये प्रति संसाधन करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)अर्थ जाति व्यापार यदि
(व्यापार एवं की जाये प्रति संसाधन करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(व्यापार एवं की जाये प्रति संसाधन करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/हास्पिट से आयी कोई गई प्रतिवेदन सही संलग्न

① Diagnosis

RC certificate

IE certificate

Emergency - IE card (Particulars) - 10
प्राप्ति कार्ड (प्राप्ति कार्ड) - 10
प्राप्ति कार्ड का नाम - इन्फर्मेटर
प्राप्ति कार्ड का नाम - इन्फर्मेटर
प्राप्ति कार्ड का नाम - इन्फर्मेटरASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु 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 AVALIED

जो गई सहायता है

①

NBI

5000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 दिए गए सभी विवरण ऐसे बहावाते हैं जिनका मान सही है। यदि कोई विवरण ऐसे कहने अपना चाहा जाता है तो मेरी बहावात निम्न की जगह है।
 - 2) मैं इस जॉडे बहावात सही "कोशिका फाउंडेशन", ये नहीं कहती है, उसका उपाधी उसी उल्लेख की तुलने के लिए विवरण जापान, जो इस प्रकाश में भा गया है।
 - 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण बहावा हेतु यह बहावात को नहीं है, उस गाँधी का अधिक यह बहावात विवरण किसी अन्य छोटीसोटी कानूनी से न तो विवरण है और न ही घोषणा है जैसा।

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 fulfillment 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 आवेदक द्वारा बहावात को लाग लानकार, मैं (आवेदक) अपनी यात्रायात की पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यूट्रिटर्स" की अधिकृत कराता हूं कि यह चाहे यह यात्रा, यात्रा और यह विवरण इस प्रकाश में घोषित है, यह "कोशिका" यात्रा, न्यूट्रिटर्स, रात्रि, यात्राकाला तृप्ति उत्तरोत्तर से नुस्खी गतिशीलितर्स और यात्रायात्मकों के लिए विवरण भी प्रसार याप्त है। तो अमर्त्यता करने के लिए वापिस है। मैं इस का विवरण में इतना के बहावात का बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का न्यूट्रिटर्स अधिकृत है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से ज्ञान द्वारा है कि यह चाहे यात्रा, यात्रा, यात्रायात्रा यह विवरण जो कि बहावात में उत्तरोत्तर से घोषित है पुष्ट नहीं; बहावात को लानकार यही बहावात इस सम्बन्ध में "कोशिका" यात्रा, उत्तरोत्तर यात्रायात्रा का विवरण अधिकृत विवरण भी बहावातारी है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के बहावात पर लगाये जाने वाले यात्रायात्रा का विवरण

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.
- इसी अधिकृत, बहावाती की ओर से घोषित गयी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण बहावात हेतु विवरण की जाती है, जिसे यह (हस्पताल) निम्न बहावात से याप्त व स्वीकृत करते हैं।
- 1) यह कि न ही यात्रायात्रा में विवरण बहावात विवरण गैर सकारी संस्थान या विवरण अन्य बहावात में लिए या ले रहे हैं, जैसे कि इसे "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण दिया गया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बहावात विवरण विवरण विवरण बहावात हेतु नन्हा यही विवरण जाता है तो अमर्त्यता के लिए अन्य गैर सकारी संस्थान या विवरण अन्य बहावात में बहावात लेने का अधिकार सुनिश्चित गया है। इस पुष्ट में सबसे बहावात जाता है कि अमर्त्यता दिया गया ताकि उस लेन्डर्सप्लाने हेतु विवरण गैर सकारी संस्थान या विवरण अन्य बहावात में लीज़ लेन्डर्सप्लाने।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गैर सकारी कोई विवरण उद्दिष्ट की गई है। एकी यह अमर्त्यता द्वारा ही नहीं ग्राहक या विवरण गैर सकारी विवरण का लिए रखा जाता है। इसीलिये हस्पताल में उठाये जाने वाले यात्रायात्रा की विवरण दिये गए एवं हस्पताल के कोई कानून का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण बहावात का कोई रखा नहीं है। इसीलिये हस्पताल में उठाये जाने वाले यात्रायात्रा की विवरण दिये गए एवं हस्पताल की विवरण दिये गए एवं "कोशिका" नो घोषि घृणिता या विवरण दिये गए एवं नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)
16/M, Thimmaiah Road, Mysore - 570001
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Area
on behalf of Hospital)
नाम व नियन्त्रित अधिकृत अधिकारी
नाम व नियन्त्रित अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
बहावात की तिथि

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्काल उपर्योग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यूट्रिटर्स 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यूट्रिटर्स 2

S. S. R.

Lakshmi