

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1022/1220

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chandiakantha

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Eshwar Sa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवास का पता

2114, 7th cross Bangalore north

Karnataka - 560023

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे मने किसी 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 RE - Cataract + Prol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBCS	8000/-



Preop Postop
1220 chandiakantha

- 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 (attach the letter)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/sp/republish 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 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.

- [illegible]

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (FACILITY USE ONLY)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, in 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.

हमारी अविच्छिन्न जानकारी की शृंखला में सम्मिलित होने को "कॉलेजिंग जर्नलमेंट्स" से विभिन्न साक्षात्कार हेतु विचारणा की जाती है, जिसे हम (इन्फोस्टार) फिर प्रसार में सक्षम व समीक्षण करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही अधिवास में विविध महापशु किसी भी शाकाहारी संरक्षण या किसी अन्य स्थान से जहां राष्ट्रीयपक्षियों में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "भौतिक परावर्धन" से विपरीत/विशिष्ट उच्च या अल्पतम में "भौतिक परावर्धन" द्वारा नष्ट हो चुके हैं। यदि "भौतिक परावर्धन" द्वारा महापशु किसी भी प्रकार से नष्ट हो चुके हैं तो अस्पष्टता किसी अन्य भी शाकाहारी संरक्षण या किसी अन्य संरक्षण से महापशु लगे या अधिवास सुरक्षित रहता है। इन स्थिति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता विशेष रूप से जहां राष्ट्रीयपक्षियों में लगे या ले रहे हैं।

2. "कोशिका कागज़ोस्त" में तीनों प्रकार के जीवों का चित्रण प्रस्तुत है। ऐसी या इसका प्रतीक ही नहीं माना जा सकता कि जिसे नये उपकरणों के माध्यम से ही देखा जा सकता है। जीवों का चित्रण ही जो "कोशिका कागज़ोस्त" का चित्रण प्रस्तुत है। इसीलिए इसका प्रतीक ही नहीं माना जा सकता कि जिसे नये उपकरणों के माध्यम से ही देखा जा सकता है। जीवों का चित्रण ही जो "कोशिका कागज़ोस्त" का चित्रण प्रस्तुत है। इसीलिए इसका प्रतीक ही नहीं माना जा सकता कि जिसे नये उपकरणों के माध्यम से ही देखा जा सकता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute of O.D. & Regs. No. 51/28 (Stamp)
(A unit of the Madras Eye Care Trust)

100% Financing - 81.12%

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya,
Mumbai, Maharashtra)

[Downloaded from ascelibrary.org by University of California, San Diego on 06/09/14](#)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग केवल

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 2020 EPOCH 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

Exempel

१८२८