

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता देते आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

N 1021 1263

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

11/10/21

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम:

Gowramma

AGE-YEARS वार्ष-वर्ष
आवेदन विवर

65 F

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

w/o Ramanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पर्यावरण आवासीय पता:

Anangadu - Kukkare TQ, Anadolu
Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जलाशाय पता

— Same as above —



Preop Postop
1263

OCCUPATION: जबकता
जबकता

MARRIED (मिहिर) / UNMARRIED (अमिहिर)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक वाप

(Attach Proof of Income)
(आप का साथ संलग्न)

PAN No. स्थाई छाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
या आप आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर सही का विवाह लगाये)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवर

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Ramanna	76	M	Husband
②	Kumar	43	M	Son
③	prithwik gowda	01	M	grand son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विभिन्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) मरीची रेता के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अर्थ आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को जापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचालका कार्ड (प्रमाण पत्र को जापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता देते लिये गये विवरों 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 + PCNL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए 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 AVAILED ले गई सहायता राशि
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा कीचक पत्र:

- 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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं लेखन करता हूँ कि इस प्राप्ति मेरे सभी विवरण में जावकारी को बहुत साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण ऐसे काम आवश्यक पाया जाता है तो उसे व्यापक चिन्ह की ओर सही है।
- 2) मैं द्वारा की गयी घोषणा है कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जावकारी की उपर्युक्त वर्तमान में उपर्युक्त विवरण को पूर्ण के लिए विवरण जारी, जो इस प्राप्ति में पाया जाता है।
- 3) मैं पुराने काम हूँ कि विवरण महापत्र हैं यह जारीन की गई है, उस तरीके का अधिकार या जकल विभाग विभागी अन्वयोगिक विभाग कामपत्र से न तो नियम है और न ही विवरण में है।

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 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 is thus regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति पर आपने इसकारा का अंदरों को जाप नहीं किया, मैं (आवेदक) अपनी महापत्र की पृष्ठे काम हूँ पर "कोशिका फाउंडेशन" और उसके जावकारी को अधिकृत काम हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दून, वाकातीक एवं वर्दीरन में जुही विवरणियाँ और उत्तराधिकारी के लिए विभागी भी उपलब्ध विवरण से इसका अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काम से सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण से कि महापत्र के उत्तराधिकारी से जरूरी है पृष्ठे नाम: महापत्र का हाकरण वही काम है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपर्युक्त जावकारी का विवरण अविवाच और व्यापकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की इसकारा का अंदरों का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल 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.

इसके अधिकृत, इसकारी को और मेरे जावकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण महापत्र हैं जो जावी है, जिसे इस (हास्पातल) विवरण से व्यापक रूप से व्यापकरी होता है।

- 1) यह कि मैं तो जावकारी और न ही विवरण में विवरण महापत्र किये गए जावकारी संबंधित विवरण अन्य स्थान से उक्त एवं विवरण से लेंगे या ले लें हैं, यद्यपि कि इसके "कोशिका फाउंडेशन" से विवरणियाँ/जावकारी इस के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योद्धा होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महापत्र विवरण अधिकारी/जावकारी हैं तो अधिकृत विवरण अधिकारी और जावकारी संभवतः या किसी अन्य सम्बन्धित से विवरण से लेंगे कि अधिकृत विवरण सुनिश्चित रखता है। इस पृष्ठे में स्वाक्षर करा जाता है कि अधिकृत विवरण से लेंगे या किसी अन्य स्थान से नहीं संभव होता।

- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में उसी गई महापत्र कोविता विवरण प्रकृति की है। योगी पर हास्पातल द्वारा दी गई समाज पर किये गये उपचार/विकाय का भूत्ता दोहरी एवं हास्पातल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण अधिकारी को दी रखता है। इसके द्वारा सुधार और अपने जनन की जावी विवरण दी गई है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

Dr. Narayan R.N.
अधिकृती को लिए संस्कृती

Date of Surgery हास्पातल की तारीख 11/10/21	Consultant, Medical Superintendent, Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetics & Eye Care IA-1 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉ. नारायण राजन नाम से हास्पातल के नं. 1	Mr. Lakshmi Pathi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute for Diabetics & Eye Care # 15/M, Thirumalai Nallur, Madras - 600005 # 15/M, Thirumalai Nallur, Madras - 600005
--	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्वित उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जावकारी 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2