

Besagarahalli

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य सेवा)

APPLICATION No.: N|1021|1355
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 22/10/21
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT: Yoshodhamma
आवेदक का नाम

AGE-YEARS 67-वर्ष
आवेदक की उम्र

SEX लिंग
F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Modaiah
जिता/कन्तुलय का नाम



Pre-OP Post-OP
1355 Yoshodhamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान आवासीय पाठा
Mahadevamuni Doddipura, Mandya Tq
Besagarahalli, Mandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वासई आवासीय पाठा

Same as above

OCCUPATION:
प्रबन्धन

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का सत्य संकाश)

PAN No. स्वाहा कार्यालय संख्या

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

Yes / No
हाँ/नहीं

FAMILY DETAILS घरिश्वार विवरण

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member घरिश्वार 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 लिए विषयीकृत आधार

| | | | |
|--|--|---|---|
| BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के बीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अवधि वाले प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) उपलब्धिकारी चार्ट (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कार्ड साथ |
|--|--|---|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उल्लेख:

| | | | |
|------------------------|---|--|--|
| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से चारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न: | | |
| ① | <i>Diagnosis</i> RE - Cataract LG - Cataract | | |
| 2 | <i>Surgery</i> RE - Cataract + DPL | | |
| 3 | | | |

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 ही गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| ④ | DBCS | 21000/- |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 अपने काना हूँ कि इस प्रकाश में दिये गये मात्री विवरण की जाकरी के सुनारा सब एवं यही है। यदि, कोई विवरण एवं काना असाध जाता है तो मेरी महानामा विवरण की जाकरी है।
- 2) मैं द्वारा जैसा विवरण यह है कि उपरोक्त और उत्तीर्ण के लिये विवरण जाकरी, जैसे इस प्रकाश में भय गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूँ कि विवरण महानामा है तो यह प्रतीक्षा की गई है, उस गति का अधिकार का विवरण किसी अन्य गोपनीयताकारी कानीरी में न हो सकता है और न ही अधिक्षम हो सकता।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकाश या अपने हस्ताक्षर की ओर साथकर, मैं (आवेदक) अपनी महानामा को पुष्ट करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नियोगी" को अधिकृत करता हूँ कि ये नाम, पात्र, छोटे बच्चे के विवरण इस प्रकाश में भीक्षित हैं, जैसे "कोशिका" एवं नामों, दरम, वाक्यांश एवं उपरोक्त में युक्ती गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इसका माध्यम से प्राप्ति करते हैं। ये प्रत्यक्ष या विवरण में इनका जैसे यही काना अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस काना से महानामा हूँ कि मैं नाम, पात्र, छोटे बच्चे और विवरण को कि जाकरी के उत्तरों में वर्णित है पुष्ट स्वतः; महानामा का हस्ताक्षर जैसी बनाता। इस वाक्य के "कोशिका" एवं उसके नामियों का विवरण अधिक और वाञ्छकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

() LTT

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर 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.

इनके अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मानामों/दोस्री को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण महानामा है विवरण की जाती है, जैसे हम (हस्ताक्षर) विवरण से मात्र या महानामा करते हैं।

1) यह कि न तो अधिकृत और न ही अधिकृत में विवरण महानामा विवरण या जाकरी अन्य विवरण में भींगे या सें हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण महानामा उक्त के अन्यथा यह "कोशिका फाउंडेशन" हूँ यह याहाया विवरण अधिकारी/महानामा है तो महानामा विवरण जान्ये या जाकरी अन्य विवरण में महानामा सेंने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पूष्ट में स्वतः कहा करता है कि अस्पताल द्वितीय पाठ उक्त योगी/महानामा सें है विवरण गैरि जाकरी अन्य मामण में जौही सेंगुही होती है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से यह याहाया केवल विवरण प्राप्ति की है। यही या हस्ताक्षर द्वारा यह नहीं महानामा या विवरण या उपराक्षयों का चुकाव योगी एवं हस्ताक्षर के बीच या विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" हूँ विवरण की प्रकार का अंगूठे एवं याहाया नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर में योगी के हस्ताक्षर सुधार और बदल जाने की मात्री विवरण महानामा है जौही होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या विवरण या उपराक्षयों में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

मानामों/दोस्री के लिये अनुमति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख <i>22/10/21</i> | Dr. Nagash B N Consultant Medical Consultant, Orthopaedic & Rehabilitation Surgery Institute for Orthopaedics & Trauma - (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हमारा का नाम या हस्ताक्षर न होने के लिये जाकरी | Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of a Designated Signatory) Institute for Orthopaedics & Rehabilitation Surgery (A unit of Shrawanji Hospital Trust) रामनगर, तिरुवनंतपुरम् (Tamil Nadu), India +91 98414 70000 |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक उपरोक्त हैं।

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर। <i>S. Sengal</i> | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2 <i>Lakshmi N</i> |
|---|--|