

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1122/1453

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/11/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mallamma

AGE-YEARS वय-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

w/o chowdappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

216 Mainakere at post Dobbeghatta

Hobli Tiruvakere taluk Tumkur Karnataka - 5722

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

Same as above



preop

postop

1453

Mallamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आप 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 कानून ही 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	M. C. Jayakumar	52	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशिकी रोजा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छात्र प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छात्र 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 - ptiol LE - Cataract
2	Surgery - LE - Cataract + ptiol

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 सी गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

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** (אשרור מועד הדיון)

- 1) इस प्रश्न पर अपने हास्यपर या संगीत की साथ सहकार, मैं (जबकि) अपने माध्यम की कुछ बातें हैं एवं "कॉन्सिडर फायरिंग्स और उनकी ग्यारहों" को अधिकृत करते हैं कि वेग नम, फस, फोटे और जो विचार इस प्रश्न में प्रकट हैं, उसे "कॉन्सिडर" एम्प नमरी, दन, पाचनका दूसरे उद्देश्य से कुछ परिधिपरिधि और उपलब्धियों से तबने किसी भी प्रसार माध्यम से इच्छित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचारों से प्रश्न के पहले या बाद से करने के लिए "कॉन्सिडर फायरिंग्स" व नमरी अधिकृत है।
- 2) मैं (जबकि) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नम, फस, फोटे और विचारों को कि सहकार में उद्देश्य से प्रकट है मुझे ज्ञात, सहकार का इच्छित नहीं करता। इस संबंध में "कॉन्सिडर" एम्प उनकी ग्यारहों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

सावित्रिका की दसवाली का अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर डॉ. के.के.ए.)

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 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.

1) यह कि न तो भारतीय और न ही विविध नैतिकता प्रणालियों के बीच कोई समझौता या किसी अन्य प्रकार के उच्च श्रेणी-प्रणाली में होने वाला है, जो कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" में विचारित/विचारित उच्च के सम्बन्ध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा सार्वजनिक रूप से किया है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा सार्वजनिक विचारित/विचारित उच्च धन/धन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैतिकता प्रणाली या किसी अन्य सार्वजनिक नैतिकता प्रणाली से सार्वजनिक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जा रहा है कि अस्पताल किसी भी प्रकार के उच्च धन/धन नहीं किया जाता है।

2. "कोशिका वाटमोशन" से तो गई संख्याएं केवल विविध प्रकृति की हैं। ऐसी या इन्फेक्शन टाइप दो या-समूह या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं इन्फेक्शन से बीम का विषय है और "कोशिका वाटमोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये हममें से ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्फेक्शन की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

4/4/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshminathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
M. Thammuraj Nagar, Kallakurichi - 606 007, Tamil Nadu
98420 11111

FOR INTERNAL USE OF KOBUNKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयसो हस्ताक्षर २

Safeway

Sc 28