

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N/1222/1799

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Channaiah

AGE-YEARS वर्ष-

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कर्तव्य का नाम

S/o Nanyajali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान स्थानस्थिति

Boppegowdaapura Hobli, Malavalli

Taluk, Bachnallihalli Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान स्थानस्थिति

Same as above



Pre OP Post OP
1 मई 2019 channaiah

OCCUPATION:

जबकि

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साथ संलग्न)

PAN No. स्पाई नंबर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
इन आप आय कर रहा हैं (ये मान्य हो तब पर सही का निशान लगायें)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	Pultamma	54	F	wife
②	Sanjay C.	18	M	son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को आप इसी पर अपलोड करते होंगे संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की इमान पत्र (प्रमाण पत्र को आप इसी पर अपलोड करते होंगे संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को आप इसी पर अपलोड करते होंगे संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अरमानाल/पर्सिकरा से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis - RE Cataract LE Cataract
②	Surgery - LE Cataract + Pclol.

ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: मानेक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण ऐसे बनकरते के अनुकूल सत्य एवं सही हैं। परं कोई विवरण एवं कथन असत्य या चाला है तो मैंने सहायता मिलन की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये दिया जायेगा, जो इस प्राप्ति में दिया गया है।
- 3) मैं युक्ति काल हूं कि विवर सहायता हेतु यह प्राप्ति को नहीं है, तब यहाँ का आधिकारिक या सकल विभाग किसी अन्य और नियोजित कार्यालय कम्पनी से न हो सकता है और वही भविष्य में दी जाएगी।

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 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हस्ताक्षर की ओर लागाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके अधीकरण" को अधिकृत करता हूं कि यह नाम, पास, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दी गयी है, उसे "कोशिका" एवं नामी, एवं, वाक्यात्मक रूप से उनके गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्राप्ति या व्यापारिक कारने के लिये अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण ये हस्ताक्षर के चाहे ये कारने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या नामी अधिकृत है।
- 2) पै (आवेदक) इस चाहे ये सहायता हेतु कि मेरा जन्म, पाता, कोटी और विवरण ये कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है नहीं रखता; सहायता पर इकायर नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके अधीकरण का निर्देश नीति और वाक्यात्मक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर का अंकुर का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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:

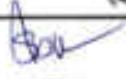
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is 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.

इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता की दी गयी है, जिसे इस (हस्ताक्षर) निम्न उक्ता से मान ले अधिकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कामियां और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी भावकारी संस्थान या किसी अन्य स्थान से उक्त संगठन/समूहों में होनी या से रहने हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविहित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान होता है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यह सहायता किसी अन्य संस्थान से सहायता होने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट रूप से उक्त सम्बन्ध में सहायता की दी गयी है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता कोकरत विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इसका द्वारा ही गई सहायता या दिये गये उपचार/इकायर का चुनब ऐसी एवं इसका के भीषण का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसके इसका यही कि इसका गुणा और अनेकांती की सही विवेद्यता गयी एवं इसका कोई दबाव नहीं होता।

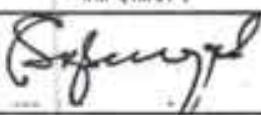
**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति**

Date of Surgery अंगीकार की तारीख 16/12/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name & DOB & NRC No. with Stamp) Consultant - Eye Care & Refractive	 Mr. Lakshminath N. Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of Shri Ramachandra Eye Care Trust) # 16/M, Thirumangalam, Madras, Tamil Nadu, India Tamil Nadu, India, Authorised Area)
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आनंदिक उपयोग होता

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

