

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
महायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation



APPLICATION NO.: N/1222/1814

APPLICATION DATE: 8/11/1992

NAME of APPLICANT: Ashwathamma

AGE-YEARS: 60

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Clo kenchappa

SEX: F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वरिपत्र अधारस्थीय पता
Hog amakanahalli, Dinnahalli, Karnataka

563139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अधारस्थीय पता

Same as above

Pre Op Post Op
1814 Ashwathamma

OCCUPATION: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: —

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई साक्ष संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा ज्ञाय आय कर रहा है (जो जन्म हो उस पर मात्र 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	Manjappa	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महायता के लिए विचारित आवाय

BPL Card (Attach Card/ Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
गोदानी रेक्टा के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागू की जानवाल को)	आवाय वार्ता इकान पत्र (प्रमाण पत्र की आवाय वार्ता संलग्न को)	इकानोक्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की आवाय वार्ता संलग्न को)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महायता हेतु किये गये विचारों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से आई भी गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - PCODL

2	Surgery LE - Cataract + PCODL
---	----------------------------------

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य महायता विचारी अन्य स्रोत से वित्त गठ हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई महायता राशि
1	DRGs	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन का संक्षिप्त रूप:

- 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.
- 4) मैं प्राप्ति करता हूं कि इस रूपरूप में दिये गये वार्ता-विवरण में सहायता के अनुच्छेद सभी ज्ञान नहीं है। यह कोई विवरण एवं कानून वस्तुएँ या ज्ञान है जो मेरी वार्ता-विवरण की जा सकती है।
- 5) मैं इस जॉडी वार्ता-विवरण को "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जॉडी वार्ता-विवरण की भूमि के लिये विवरण जानेवाले, जो इस प्रकार में पढ़ रहे हैं।
- 6) मैं पूर्ण करता हूं कि यह विवरण को गई है, उस रूपरूप का अधिकारी या सहायता के लिये विवरण की जॉडी वार्ता-विवरण में सूचित है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन का रूपरूप)

- 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.
- 3) इस रूपरूप मात्र में हास्ताक्षर करने की अनुमति की जाएगी ताकि अप्लिकेशन को पूर्ण करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामोंवाले" को अधिकृत करता हूं कि मेरे नाम, जाति, जागरूकता वाले विवरण इस रूपरूप में दर्शित है, जो "कोशिका" एवं नामों, जाति, वाचकाचा यूजर, ड्रॉरेप से कुछ परिवर्तियों वाले विवरणों के लिये विवरण भी उपलब्ध नहीं हैं।
- 4) मैं (अप्लिकेशन) इस रूपरूप में सहायता की जॉडी वार्ता-विवरण में उपलब्ध की जाने वाली वार्ता-विवरण को उपलब्ध नहीं करता। इस रूपरूप में "कोशिका" एवं उसके नामोंवाले का विवरण अद्यता और वाचकाची होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अप्लिकेशन के हास्ताक्षर का अनुमति का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पिटल का रूपरूप)

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.

इसी अधिकृत, हास्ताक्षर की ओर से याचिक/रोटी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता की जानी है, जिसे हम (हास्पिटल) नियम प्रकार से याचिक तथा स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो कायापन और म ही चाचिक विवरण सहायता विवरण में सहायता संस्थान का विवरण अन्य स्रोत से उपलब्ध नहीं है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" के विवरण/विवरणी उपलब्ध करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा घोषित हुआ किया जाता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकृत करता है, तो अप्लिकेशन की जाने वाली वार्ता-विवरण में सहायता की जॉडी वार्ता-विवरण से प्रतिविवरण हो जाएगा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं गई याचिक चंचल विवरण प्रदूषित की है। उनीं पर इस्तमाल द्वारा यह विवरण अप्लिकेशन का भूमिका देती है एवं हास्पिटल के बीच का विवरण है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी व्यक्ति का कोई रखाव नहीं है। इस्तमाल द्वारा यह विवरण अप्लिकेशन के बीच का विवरण हो जाएगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
स्वीकृती के लिए संस्कृति


Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sri Ramachandra Eye Hospital & Research Institute)
on behalf of Hospital
Dr. N. Lakshminipathi, Manager Outreach, Thirumayam, Chennai - 600092, Tamil Nadu, India

Date of Surgery अंग्रेजी की तरीके 20/12/12	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name, MDS, MS, NFRS, FRCO Consultant Phaco & Refractive FRCR No. 99244
--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामीं हस्ताक्षर :	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामीं हस्ताक्षर :
	