

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1222/1873

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

21/12/22

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Puttaswamachari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्या का नाम

S/o Venkatachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#29, Koppa Hobli Nivargilu, Maddur taluk
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above


 Pre op Ret op
 1873 puttaswamachari
 charan

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cooler

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

हैं आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो 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)	Jayamma	45	F	Wife
2)	Venkatachari	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + PCOR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1)		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गिरावट एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता गिरावट भी जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गम्भीरतापूर्वक यकीन रखता हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कर्ता हूँ कि मैंने सहायता लेने पर भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो मदद माँगी है और न ही भविष्य में माँगी।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक का हस्ताक्षर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 प्रश्न पर अपने इसात्ता या अंगरेजी को ध्यान रखकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका फाउंडेशन और उसके नियोक्तों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कॉन्सिका" एपन न्यायी, धन, सामान्य रूप से उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशंसित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका को पालने या पाल में करने के लिए "कॉन्सिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहामाता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट। सहामाता का हकदार नहीं मालूम। इस सम्बंध में "कॉन्सिका" एपन उसके नियोक्तों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिवेशन में हस्ताक्षर का अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षरों द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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.

हमारे अधिकांश, इसका अर्थ भी जोर से गहराई-गोभी को "जातिगत सामन्तवाद" से विविध सहायता हेतु सिखाया भी जाता है, जिसे हम (इसका मत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही भविष्य में किसी साक्ष्य किसी भी सरकारों संसदन या किसी अन्य ब्रह्म में जमा होनी चाहिए में होने या हो रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाइलिंग" से निष्कर्षित/निर्णीत जमा के समर्थ में "कोशिका फाइलिंग" द्वारा मरद हो कि है कि "कोशिका फाइलिंग" द्वारा साक्ष्य निगम और/या संसदन हो मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारों संसदन या किसी अन्य साक्ष्य से साक्ष्य लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मरद जमा होनी चाहिए हो कि नहीं भी सरकारों संसदन या किसी अन्य साक्ष्य से नहीं होनी/होती।
2. "कोशिका फाइलिंग" से ही यह साक्ष्य केवल विधि प्रभुता की है। ऐसी न अन्यथा द्वारा ही यह साक्ष्य या विधि मरद जमा/अधिकार का पुनः ऐसी एवं अन्यथा को बीच का स्थान है और "कोशिका फाइलिंग" द्वारा किसी जमा का कोई दायता नहीं है। इसलिए अन्यथा में ऐसी को हलक मुफ्त और अन्य जाने की सारी विनिर्देशों ऐसी एवं अन्यथा को होनी और "कोशिका" को कोई भविष्य या विनिर्देशों इस मामले में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

वसुधैकुटायि च धर्म्यं संन्यसति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

21/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn No. with Stamp)
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Institute for Environmental and Ecological
 (A Unit of Shree Chitra Eye Hospital)
 M. Thimmarasu, M.D., M.Sc., M.B.B.S., M.D. (Ophthalmology)
 M. Thimmarasu, M.D., M.Sc., M.B.B.S., M.D. (Ophthalmology)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
महेश्वरी इन्स्टीट्यूट

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्त्यक्षरः ।

10/2/8