

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N 10123 | 1983
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 06/01/23
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Dhanamma
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS: 50-वर्ष
SEX: महिला

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: W/o Mallikop
जिता/कटुम्ब का नाम

50 F

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासिन्दा वास्थाविं पता
148, T.C.N. Royan Road, 1st Main Road

Chikkpet, Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: वास्था वास्थाविं पता

Same as above



Preop Postop
1983 Dhanamma

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवित नहीं)

TOTAL ANNUAL INCOME: —
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्ट्रोक खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप ज्ञात कर रहा हैं (जो मन्त्र हो उस पर सही का निश्चय लगाये।)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. 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
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनामी आधार

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
गोदावरी गांव के नीचे प्रशासन पर (प्रशासन पर की साथ प्रति संलग्न करो)	अस्पताल के नीचे प्रशासन पर (प्रशासन पर की साथ प्रति संलग्न करो)	उत्तराखण्ड कार्ड (प्रशासन पर की साथ प्रति संलग्न करो)	अन्य कोई साथ

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनामी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनन्यतात्र/डायग्नोस्टिक से जारी की गई प्रायिकेन यूकी संलग्न
1	Diagnosis RF - Cataract LF - Cataract

2	Surgery RF - cataract & PC/OL
---	-------------------------------

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	WRCS	₹ 1000/-
2	—	—
3	—	—
4	—	—
5	—	—

DECLARATION by APPLICANT: नियंत्रक द्वारा केवल यह:

- 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 हूँ कि इस फॉर्म में दिए गए सभी विवरण ऐसे बनाये गए अनुच्छेद जैसे वर्तमान हैं। परीक्षा के लिए विवरण एवं वर्क व्होर्क आवश्यक जगह हैं तो मैंने यहांपांच विवरण की जा रखती है।
- 2) मैंने इसके सहायता के लिए "कोशिका भावन्देश्वर", से जुड़ी जांच की है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की तृप्ति के लिए किया जावेगा, जो इस प्राप्ति में एध योग है।
- 3) मैं चुनी भावत हूँ कि विवरण आवश्यक होने पर प्राप्ति की गई है, वह यांत्रिक या साकार विभाग सिवाय भूमि पर भी उपलब्ध है और न ही व्हैटर्स में खूबियाँ।

AGREEMENT by APPLICANT (नियंत्रक 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 फॉर्म पर आपने हमेशा या बाहर की दूर दृष्टिकोण, मैं (नियंत्रक) आपनी यात्री की दृष्टि करता हूँ कि "कोशिका भावन्देश्वर और उसके नवीनीकरण" की अधिकृत काला हूँ कि ये वह जगत्, जोकि और जो विवरण इस उपर ने दर्शाया है, उसे "कोशिका" एवं जाति, एवं, जनसाधारण दृष्टि उद्देश्य से युद्धी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विद्युती भी इसका आवश्यक है। ये प्रथम का विवरण में इसके के बाहर या बाहर से विद्युती भी उपलब्धी विवरण में दर्शाया जाता है जो नवीनीकरण है।
- 2) मैं (नियंत्रक) इस बाबा से यात्रा हूँ कि ये वह जगत्, जहाँ यात्री-जी के विवरण ये कि यात्रायां के उद्देश्यों से प्रतिवेदित हैं युद्धी उपलब्धी यात्रायां का इकाया यही बराबरा। इस प्रमाणमें "कोशिका" एवं, जाति-नवीनीकरण विवरण और यात्रायां की दृष्टिकोणीय संरक्षण।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

नियंत्रक जी के उत्तराधिकारी का अधिकृत या विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL (इस्पाताल द्वारा कराया)

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 seek 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, इस्पाताली की ओर से दर्शाया हुआ या विवरण की जाती है, कि यह इस्पाताल से यज्ञ या अधिकार करते हैं।

1) यह कि न तो योग्यता वाले वही व्यक्ति में विवरण यात्रायां की जाती है, जोकि योग्यता वाले वही व्यक्ति में विवरण यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा दर्शाया गया है। यह कि "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा यात्रायां विवरण यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा दर्शाया गया है। यह कि यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा दर्शाया गया है।

2. "कोशिका भावन्देश्वर" से कोई व्यक्ति यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में दर्शाया गया है। यह कि यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा दर्शाया गया है। यह कि यात्रायां की जाती है, जोकि यहां पर्याप्त विवरण में "कोशिका भावन्देश्वर" द्वारा दर्शाया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
उत्तीर्णी को यात्रा देने की स्वीकृति

Date of Surgery अंगीकार की तिथि 20/11/23		Mr. Lakshminpathi N Microcat Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A unit of SPP on behalf of Hospital) +919843715555, Thirumangalam, Madras, Tamil Nadu, India - 600095
SIGNATURE of TRUSTEE 1 नवीनीकरण 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 नवीनीकरण 2