

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

N/0123/2020

APPLICATION DATE: 06/01/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Hucchasanagalah

AGE-YEARS वय-वर्ष
60

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

Slo Hucchalah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वासान स्थानोंपाठी

Somwanathai post, Kodinagasandra

T.B.CROSS, Tumkurfor Taluk, Mysore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जागरीक पाठी Tumkur

Same as above



Preop Postop
2030 Hucchasanagalah

OCCUPATION:
जैविक

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक वय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(वय का माल्य संबन्ध)

PAN No. स्पाइडर क्रान्ति संख्या

* ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
वय आवेदक या है (वो याच हो उस पर सही का निश्चय लाएं)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरीका विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरीका के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Laksh�amma	58	F	wife
2.	Mangunath	39	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाशी अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गटीची रेक्ट के नीचे ड्राफ्ट पर (इमार या कोई जाय छोड़ सकते हैं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अप्प ज्वल वर्ड ड्राफ्ट पर (इमार या कोई जाय छोड़ सकते हैं)	Ration Card (Attach Copy) ड्राफ्ट कार्ड (इमार या कोई जाय छोड़ सकते हैं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached ज्वालाय/दौतिर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची दर्शान
1	Diagnosis
	RF - catarract
	LF - catarract

2. Surgery

RF - catarract + PCLOL

ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता लियी जाने स्वेच्छा से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED ली गई सहायता रकम

DECLARATION by APPLICANT: नीचेकाले द्वारा योग्यता प्राप्त:

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं नीचेकाले काला हूँ कि इस प्रकार मेरे लिए गये सभी विवरण योग्यता के अनुसार यथा एवं यही है। यदि कोई विवरण एवं काला असाध्य यथा जाता है तो मेरी याचारा विस्तृत की बाबत है।
- मेरे द्वारा योग्यता की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, याचारा उपलब्ध वाली उपचार की घटी के लिए किया जायेगा, जो इस उपचार में यथा नहीं है।
- मैं युक्ति काला हूँ कि विवरण याचारा से यथा उपचार योग्य नहीं है, उस गिरे का अधिकार या याचार विस्तृत की अन्य संगठनोंसे कीमत कमज़ोरी से यथा लिया है और न ही अधिक ये खट्टी।

AGREEMENT by APPLICANT: (नीचेकाले द्वारा काला)

- 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.
- 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.

- इस प्रकार योग्यता के अन्तर्गत की जाती याचारा, ये (अधिकारक) अपनी याचारी की युक्ति काला हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उपचार याचारी" को अधिकृत काला हूँ कि यथा यथा, कोटी और जो विवरण इस प्रकार में याचारा है, उसे "कोशिका" इनम् याचारी, यथा, याचाराएँ यूक्ति उपचार यथा से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रकार योग्यता के अन्तर्गत की जाती याचारा को उपचार के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का याचारी अधिकृत है।
- मैं (अधिकारक) इस काले से याचारा हूँ कि येह यथा, यथा, कोटी और विवरण को कि याचारा के उद्देश्य से अधिकृत है युक्ति यथा; याचारा का इच्छाया नहीं बनाया। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपचार याचारी का नियम अधिक और व्यापकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकृत के याचारा के अन्तर्गत योग्यता का विवरण



AGREEMENT by HOSPITAL: (इच्छाया द्वारा काला)

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:

- 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.
- 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.

इसको अधिकृत, इच्छाया की जाती योग्यता की "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण याचारा से युक्ति की जाती है, कि यह (इच्छाया) यिन उपचार से यथा यथा स्थीकृत करते हैं।

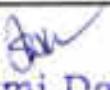
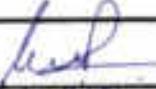
- यह कि ये तो कालीन और न ही अधिक्य में विवरण याचारा कियी गई याचारी योग्यता का विवरण अन्य स्वीकृत से उपचार योग्यताएँ नहीं या न हो है, जैसे कि इनमे "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरणीय उपचार की सम्भव ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचारा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा याचारा कियी विवरण योग्यता की याचारा का अधिकार द्वारा योग्यता की याचारा का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस युक्ति में स्वयं याचारा का अधिकार सुनिश्चित रखता है कि अस्पताल द्वितीय बार उपचार योग्यताएँ युक्ति गैर याचारी संभव या विवरण अन्य योग्यता से नहीं सेवा/सेवाएँ।

- "कोशिका फाउंडेशन" से यही गई याचारा योग्यता विवरण प्रदूषित की है। योगी या इच्छाया द्वारा ये विवरण गये वरचार्टिंग का युक्ति योगी एवं एवं इच्छाया के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा विवरण गये उपचार का योगी एवं यथा नहीं है। इच्छाया इच्छाया में योगी के इच्छाया युक्ति और उपचार को योगी की याचारा की योगी और "कोशिका" की योगी युक्ति का विवरण इस योग्यता में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:
विवरणीय को लिए संस्कृति

Mr. Lakshminath N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A Unit of Sankalp Foundation, on behalf of Hospital)
= 167/1, Thirumalai Road, Tondiarpet, Chennai - 600014
नम ए पर इच्छाया अधिकृत विवरणीय

Date of Surgery योग्यता की तारीख 06/10/23	 Dr. Laxmi Dorennavar Name of Dr. & Regn. No. with Stamp Consultant Eye Surgeon & Refractive	 Mr. Lakshminath N Manager Outreach Institute for Diabetes & Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory (A Unit of Sankalp Foundation, on behalf of Hospital) = 167/1, Thirumalai Road, Tondiarpet, Chennai - 600014 नम ए पर इच्छाया अधिकृत विवरणीय
SIGNATURE of TRUSTEE 1 याचारा 1	FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	SIGNATURE of TRUSTEE 2 याचारा 2

