

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0123/2071

APPLICATION DATE : 13/01/23
आवेदन तिथी

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम:

Yashodha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX मिठा

F

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

clo Nanjundalak

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पत्ता

Gollahalli, Nelamangala Taluk

Bangalore - Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थान आवासीय पत्ता

Same as above



Preop postop
2071 Yashodha

OCCUPATION :
धर्मसेवा

Unemployed

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (जीवितीले)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक व्यय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्षर संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाता संख्या

*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आय आय कर रहा है (जो मात्र ही उस पर सही का नियन्त्रण करते)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS घरिश्वार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member घरिश्वार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Nanjundappa	79	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

मदायकता के लिये विनीती अधार

BPL Card (Attach Card Copy) गटीवी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (इनाम पत्र की जावा प्रति संलग्न की)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अस्पताल वर्ती प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न की)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकालीन कार्ड (प्रमाण पत्र की जावा प्रति संलग्न की)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

मदायकता हेतु किये गये विनीती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जावी की गई प्रतिवेदन यूकी संलग्न	
1	Diagnosis RF - cataract LF - Cataract	
2	Surgery LE - Cataract + PCV	
3		
4		

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विनीती अन्य स्वीकृत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सों तर्ह सहायता प्राप्ति
1	DRGs	25000/-

DECLARATION by APPLICANT: मानेंद्र कुमार 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 ये घोषणा करता हूँ कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य वर्ण वाले हैं। यदि कोई विवरण ऐसा कहता है कि ये सहायता मिलती ही जा सकती है।
- मैं इस पर्याय की "कोशिका फाउंडेशन", मेरी तरफ से दूरी उत्तरवाच की दूरी के लिए विवरण दिये जाएंगे, तो इस प्राप्ति में यह गए है।
- मैं युपी कानून के अनुसार इस पर्याय की गई है, उस एकी का अनियन्त्रित या अवृत्ति या अवृत्ति विस्तृत विभिन्न अवधि/गिरेवक/विवरण कमाली हो न तो लिया है तो न ही खींचने में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT: (मानेंद्र कुमार का)

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 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.

- इस प्रति पर अपने इसका या अंतर्गत की जाए जानकारी, मैं (मानेंद्र) अपनी सहायता की युपी कानून के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" और उसके नामांकन "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि ये सत्य वाला, पाता और जो विवरण इस प्रति में दिया गया है, उसे "कोशिका" द्वयन् नामांकन, दाता, जानकारी दूरी उत्तरवाच से दूरी नामांकित और उत्तराधिकारी के लिए विभिन्न भी जानकारी द्वारा दर्शाया जाएगा।
- ये इनका कानून के अनुसार इस पर्याय में दिया गया है, उसे इनका विवरण में दूरी उत्तरवाच के लिए दिया गया है तो इस पर्याय का इनका यह जानकारी दूरी उत्तरवाच के अनुसार दर्शाया जाएगा। इस पर्याय में "कोशिका" द्वयन् उसके नामांकन का विभिन्न अधिकृत और जानकारी दूरी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अपनेका के इसका या अंतर्गत का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (इन्हाँका द्वारा का)

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.

हमाँ अधिकृत, इसका यही अधिकृत या अन्यथा दिया "कोशिका फाउंडेशन" के लिए दिया जानकारी की जाती है, जिसे इस (इन्हाँका) द्वयन् द्वारा से दिया जाने वाला जानकारी करते हैं।

- यह कि न हो संभव और न हो अविष्य दें विभिन्न जानकारी दिया गया है ताकि अन्य विवरण से उक्त एंटीग्रामोलै न भी या ले रहे हैं, जैसे कि इनके "कोशिका फाउंडेशन" से विकारिताविनी विवरण वा यही दूरी उत्तरवाच में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया विभिन्न अविष्य/जानकारी दूरी या जानकारी दूरी दिया गया है तो इस पर्याय का इनका यह जानकारी दूरी उत्तरवाच से दिया गया है। इस पर्याय का इनका यह जानकारी दूरी उत्तरवाच से दिया गया है। इस पर्याय का इनका यह जानकारी दूरी उत्तरवाच से दिया गया है।

- "कोशिका फाउंडेशन" से भी नहीं जानकारी के बावजूद विभिन्न प्रदूषित होती है। यही जा इन्हाँका द्वारा दिया गया विवरण विभिन्न प्रक्रिया का युक्त होती है इन्हाँका के बीच जो विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा दिया गया जानकारी का कोई विवरण नहीं है। इसीसे इन्हाँका में यही दूरी उत्तरवाच और उनके जाने जी जानी विभिन्न होती है एवं इन्हाँका को दूरी और "कोशिका" को कोई घूमिला या विभिन्न होती है जानकारी में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
16/M, Thirumalai, Chettinad, Tamil Nadu - 600009
Tamil Nadu, India, South Asia, Asia

Date of Surgery अंतर्गत की तारीख 15/11/23	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS MS FRCS FRCR (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consultant ENT Surgeon & Endocrinologist KMC, Mangalore - 575002	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
---	--	--

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी इनका 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी इनका 2