

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2076

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

12/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o. G.M Saldappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

161, Moosandur, KonaSavadi,

Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन लगाएं)

Yes / No

हां / 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 सम्बंध
1	Putamma	80	F	Mother
2	Mahesh	37	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्त 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 LE- Cataract + PCLO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1	PHCS	5000/-



preop. postop
2076 Mahadevappa

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (सम्बन्धित पक्ष द्वारा सहमति)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित साक्ष्यता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त ऐंजेल/ग्रामसे में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोरिंथा फाउन्डेशन" से निरपेक्ष/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोरिंथा फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिंथा फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विहित अधिकाधिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐंजेल/ग्रामसे हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

- RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant in Refractive

Mr. Lakshmiopathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Government of India, New Delhi)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

तुम्हारी इच्छाएं २