

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/012312078 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 13/01/23

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Hanumanthaiah AGE-YEARS उम्र-वर्ष 70 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम Slo Thimmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#17, Doddamankanel, Bangalore

Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop Postop
2078 Hanumanthaiah

OCCUPATION : व्यवसाय unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	Lakshmana	56	F	Wife
2	Govindaraju	42	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोग्यता 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 + PLUG

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 सी गई सहायता राशी
1	DICES	2000/-

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 प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन झगड़ाय यात्रा गलत है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता यहाँ "कोशिका फाउंडेशन", से ही वांछी है, इसका उपयोग अन्य उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, तो इस प्रत्यय में गलत गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्यय की गई है, उस राशि का अधिक या समकल विवरण किसी अन्य सोर्स/नियोक्ता/बिमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/puf-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.

1) इस प्रश्न पर आने इस्तेमाल या आगे भी हम सावधान, मैं (अपेक्षक) अपनी सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ जब "कोशिका पाठ्यपुस्तक और उसके व्याख्यान" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, फोटो और मैं विचारण इस प्रकार में प्रकाशित है, जो "कोशिका" समूह व्याख्यान, नाम, नाम/नाम द्वारा उद्धरण से मुझे सर्वोपयोगी और प्रभावशाली के लिए किसी भी प्रकार लाभान्वित हो प्रतीति करने में लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण पर इस्तेमाल के फायदे या नुकसान करने के लिए "कोशिका पाठ्यपुस्तक" के व्याख्यान अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, फोटो और विचारण को कि सावधान के उद्धरणों से प्रभावित हो मुझे स्वयः सावधान का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके व्याख्यान का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

उत्प्रेषण के प्रमाणों का निर्धारण



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 condition is essentially stating 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.

इसके अधिकार सम्पत्तियों की ओर से सम्पत्तियों को "सार्वजनिक सम्पत्तियों" से विभिन्न सहायता हेतु निष्कासित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कांग्रेस और न ही श्रमिकों में किसी भी राजनीति संगठन या किसी अन्य संगठन में प्रभाव रोटी-पापले में लगे या तो रहे है, जैसे कि हमने "कॉमिश्नर फ़ाउन्डेशन" से निराश्रित/निर्वासित प्रवास के सम्बन्ध में "कॉमिश्नर फ़ाउन्डेशन" द्वारा मजदूरों को कि है। यदि "कॉमिश्नर फ़ाउन्डेशन" द्वारा मजदूरों में विपत्ति उत्पन्न/प्रकाश होना सम्भव नहीं किन्तु यथा है तो अस्पताल किसी अन्य भी राजनीति संगठन या किसी अन्य संगठन से प्रभाव रोटी के अतिरिक्त सुनिश्चित नहीं है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मजदूरों प्रभाव रोटी-पापले हो। किसी भी राजनीति संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं रोटी-पापले।

2. "बोशिया फाउन्डेशन" से ही मैं मायाया योगस विविध प्रवृत्ति को है। होती पर इस्तेमाल द्वारा दो वर्ष सातह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु होती एवं इस्तेमाल से योग का विषय है और "बोशिया फाउन्डेशन" द्वारा कितने उद्देश्य का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में होने के ज्ञात सुचारु और अपने जाने को सारी विनयेदारी होती एवं इस्तेमाल को होती और "बोशिया" को कोई प्रमाण या विनयेदारी इस प्रकार में नहीं होती।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 13/01/23	 Mr. Laxmi Dorennavar MBBS, MSc, FRCS (C), FICO Consultant - Plastic & Refractive	Mr. Lakshmiopathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Head of Outreach & Eye Care (A unit of Shree Chiranjeevi Hospital) P.O. 51, Thimmarasu, Chittoor District, Andhra Pradesh
--	--	--

KASHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 पञ्चमो वरुण 2

01.12.2022