

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0/23/2086

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sajvanma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

87

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

W/o Channarajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

2 Syakaldanapuram Bangalore Rural

Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आयदा संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते 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 सम्बंध
1	Channarajappa	75	M	Husband
2	Lakesh Kumar	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्ति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेश का फोटो-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)रन्धनेका कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF- prior LF- Cataract
2	Surgery LF- Cataract + prior

ASSISTANCE BEING AVAILABLE for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILABLE ली गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

Preop postop
2086 Sajvanma

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.

AGREEMENT by APPLICANT (space for signature)

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.

2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण भी कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कॉपीराइट" प्रथम उदाहरे व्यक्तिगत या निर्यात मॉडल और वापसवादी होता।

आवेदक को प्रमाणित या संगृहीत का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल द्वारा)

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 व हो सकेगा और व ही धर्मियों में मिलिए सहायता किसी नैत साक्षात् संभव्य या किसी अन्य कदाय से कहा होई-पानने में लोंगे या हो छै ई, केरे कि हमने "कौशिक साध-देशन" से विकसित-विकसित कहा के सम्भव में "कौशिक साध-देशन" द्वारा मर हो कि है। यह "कौशिक साध-देशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिक-कमल हो मन्त्रु लो किन जात है हो सम्भवत किसी अन्य और साक्षात् संभव्य या किसी अन्य सम्भाव्य से सहायता लोने या अधिकतम सुचित रहता है। इस दृष्टि में मन्त्र कदा जात है कि सम्भवत द्वितीय मर कहा होई-पानने हो किसी और साक्षात् संभव्य या किसी अन्य सम्भव्य से लो होई-पानने।

2. "कोटिका पाठशाला" से जो नए छात्राया कोसल शिक्षित झपूति की है। ऐसी पर उपलब्ध हुए दो गई छात्राया का विषय गाने उपकारप्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसलता के बीच का विषय है और "कोटिका पाठशाला" हुए किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसलता में ऐसी के द्वारा युवा और लाने जाने को खाती जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसलता की होती और "कोटिका" की कोई भुविना या जिम्मेदारी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
समीक्षणी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
उद्घोषण की तारीख

13/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation, Date, Stamp of authorized Signatory
(A unit of Shri Chaitanya Charitable Trust)
on behalf of Hospital)

INTERNAL USE ONLY KIOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी प्रसाद ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम: हस्ताक्षर 2