

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

13/1124/2143

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/11/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

जिला/कट्टम का नाम

Kempaiah

S/o Basavaiah.

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

SEX लिंग

73

M

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : नियमित आवासीय पता

H. NO - 333, Beechamahalli Huliyaige
Durga, Kurnool Taluk Tumkur District
Karnataka - 511Pre op Post op
2143 Kempaiah

OCCUPATION:

जबक्षण

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक व्यय

(Attach Proof of Income)

(व्यय का साक्ष चिन्हन)

PAN No. नियमित खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा जाप आवध का उत्तम है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS वरिवार 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	Brow. Gramma	65	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनाश अधिकार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोका की दोषे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) व्याप व्यव वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कार्ड साक्षण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई ड्राइवरेंस सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery RE cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता कियी जन्य स्रोत से लिया गया था?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लों गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 घोषक करता हूं कि इस प्रकाश मे दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। परन्तु कोई विवरण ऐसा कथन असत्य पापा बताता है तो मैंने महामाता विवाह की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो महामाता विवाह "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्युक्त उमीदवार योग्य और पूर्ण विवाह विवरण, जो इस प्रकाश मे था गया है।
- 3) मैं पूर्ण करता हूं कि विवाह महामाता हेतु यह प्रार्थना जो नहीं है, उस लिए कि आवेदक या विवाह विवरण अन्य द्वारा निर्दिष्ट/बीमा कर्त्तव्यी से न ली जाएगी है और न ही विवाह मे लौटा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 it's 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.

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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकाश पर अपने हस्ताक्षर या अपने को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महामाता को पूर्ण करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीर्च" को अधिकृत बताता हूं कि मैंने नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश मे दीर्घिता है, उसे "कोशिका" एवं न्यासीर्च, दान, वाक्य/या दूसरे उद्देश्य से दुखी गतिविधियों और उल्लंघनों के लिये किसी भी प्रकार गम्भीर से झरोक्का करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका विवरण मेरे इसाज के बाते पर बदल ये करने के लिए, "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से महसूल हूं कि मैंने नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महामाता को उद्दीपिता से प्रभावित हैं भुजे भवा, महामाता का हक्कदार नहीं बताता। इस सम्बन्ध मे "कोशिका" एवं उसके न्यासीर्च का विवरण अद्यता और वापिसारे होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के नाम पर लगाये जाने वाले का लिप्ति



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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:

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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसको अधिकृत, हस्ताक्षर को और मेरे मामले/दोस्रो को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध महामाता हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से दर्शाते हैं अधिकृत करते हैं।

1) यह कि न तो अस्पताल और न ही अधिकृत में विविध महामाता किसी गैर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त सोर्सों/संस्थान से लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विवरित उक्त के मध्यम से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा महामाता विवाहि अधिकृत/अधिकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से महामाता हेतु का अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट करा जाता है कि अस्पताल द्वितीय यदद उक्त सोर्सों/संस्थान से हेतु किसी और साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं होती।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई महामाता के बाहर विविध प्रकृति की है। ऐसी पर अस्पताल द्वारा ली गई महामाता या किसी गैर साकारी/अधिकृत का चुनाव ऐसी एवं हस्ताक्षर के बीच का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। अस्पताल में ऐसी की इताव सूखा और अपने जाने की मारी विवरणी लेने एवं हस्ताक्षर भी होती और "कोशिका" की कोई सूचिका या जिम्मेदारी इस मामले मे नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi Pathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Endretha Eye Care Trust.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकृती

Date of Surgery
अंतिम दिन की तारीख

5/11/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. M. R. N. S. S. S. S. S.
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

जनरल उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासीर्च द्वारा द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासीर्च द्वारा