

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 210123/2204
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 24/1/23
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Pandey
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष
70

SEX लिंग
M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Vishwanatha
पिता/पत्नी का नाम



preop postop
2204 Pandey

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#23/A 3th Main Road Prakashangara
Bangalore Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगावे)

Yes / No
हाँ / 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 | Ramada | 61 | F | wife |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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




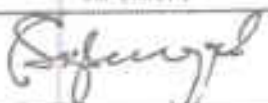
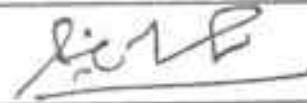
| | | | |
|---|---|---|--|
| BPL Card (Attach Card Copy) परिधी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Rajien Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया 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 RF Cataract LF Cataract |
| 2 | Surgery RF Cataract + PRTOL |
| | |
| | |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| 1 | DSTS | 2000/- |
| | | |
| | | |

| | | |
|---|--|---|
| DECLARATION by APPLICANT: आवेदन दान प्रेषण पर: 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है। 2) मैं यहाँ जो सहायता "बोशिका फाउन्डेशन", से रही या रही है, इसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है। 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरा परिवार, इस उद्देश्य के लिए, इस रकम का अंशिक या पूर्णतः निरस्त किया गया हो, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा। | | |
| AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन दान प्रेषण) 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/post-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. 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. 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हो चुका हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और इसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रेषित हैं, उसे "बोशिका" द्वारा, अंगूठे, चप, धारणा/चप द्वारा उपयोग से मुझे सोशल मिडियम और अन्य माध्यमों के लिये किसी भी उद्देश्य के लिये प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी उद्देश्य का विवरण जो इस प्रारूप में प्रेषित है उसे मैं अपने लिए "बोशिका फाउन्डेशन" से लूँगा अधिकृत है। 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे नहीं: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "बोशिका" द्वारा इसमें भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा। | | |
| APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: आवेदन दान प्रेषण के अंगूठे का निशान  | | |
| AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर दान प्रेषण) 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 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. इनमें अधिकृत, हस्ताक्षर की और से अनुमति देने वाली "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, किंतु हम (हस्ताक्षर) वित्तिय सहायता से अन्य से स्वीकार नहीं है। 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से निवेदन/निवेदन उक्त के सम्बंध में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रेषित हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अंशिक/पूर्णतः हेतु प्रेषित नहीं किया जाता है तो हस्ताक्षर किसी अन्य और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट करता जाता है कि अस्तित्व में है। 2. "बोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त किया जा चुका है: हमने या हस्ताक्षर दान प्रेषण के लिए अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हस्ताक्षर के बीच का विचार है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। हस्ताक्षर हस्ताक्षर ने रोगी के हस्ताक्षर और अपने जाने को साथ निवेदन/रोगी एवं हस्ताक्षर की प्रकृति और "बोशिका" की कोई भूमिका का निवेदन/रोगी इस सम्बंध में नहीं होगी। | | |
| RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति  | | |
| Date of Surgery अंशिक को उपचार 24/1/23 |  Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FRCS, FICO Consultant - Plastic Surgery KMC No. 14 | Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory (A Unit of Shri Chhatrapati Sahu Hospital Trust) # 16/M, Thiruvananthapuram District, Kerala KMC No. 14 |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 यहाँ हस्ताक्षर 1  | | SIGNATURE of TRUSTEE 2 यहाँ हस्ताक्षर 2  |