

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 21/0123/2078 APPLICATION DATE : 26/01/23
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : papamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 60 SEX लिंग F
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : N/o Munivenkatappa
पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Doddamall, Huladenahalli, Malur

Taluk, Kodur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



prior postop
2978 papamma

OCCUPATION : Home maker
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. उपलब्ध है/नहीं

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 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	Munivenkatappa	65	M	Husband
2	Anbarish	39	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी 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)	Ration 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 विनोती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF - cataract LE - cataract
2	Surgery RF - cataract + p.u.o.c

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 ले गई सहायता राशि

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 पर करता हूँ कि इस प्रश्न 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) मेरी इच्छा है कि प्राप्त प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त गया है।

3) मैं यहाँ पर करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त होने वाले धन का उपयोग किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बिमा कम्पनी से न कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न पर अपने इरादों या अंशों की राय रखकर, मैं (अवेरेक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह नासी, राय, वाक्यांश द्वारा उद्धृत या सुझाए गए विधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न को विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य अधिभूत है।

2) मैं (अवेरेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिभूत है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उपायों व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपरेटिंग ऑफ इन्फ्रस्ट्रक्चर या अपरेटिंग का निष्पत्ति



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.

1) यह कि न तो सर्वोपम और न ही भविष्य में विहित सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीकृत उच्चतम ऐंग्रेज/व्यापार में लगे या ले रहे हैं, जैसी कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालय/विश्वविद्यालय के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अशिक्षा/सकल हेतु मन्त्रालय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मदद उच्चतम ऐंग्रेज/व्यापार हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से सी गई साक्ष्यता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या अन्यथात द्वारा दी गई साक्ष्यता या किये गये उपकरण/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं अन्यथात के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए अन्यथात में ऐसी के हस्ताक्षर सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं अन्यथात को होगी और "कोशिका" को कोई भीषिका या विषमपरी इस मामले में नहीं होगी।

संयोजकता के लिए संस्थिति

Date of Surgery
ऑपरेशन का तारीख

20/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Dr. 3 Regs. No. with Stamp)

Consultant: **Refractive**

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

10/N, The ... सुमं च नद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF RISHIKA FOUNDATION

वैयर्थ्यपूर्ण उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ प्रस्तावना ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इत्यादी २