

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: N/0223/2320 APPLICATION DATE: 03/02/23
आवेदन संख्या: आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Ramarathnachari AGE-YEARS आयु-वर्ष 64 SEX लिंग M
आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: Sri Shankarachar
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Vadavanghatta, Mayavandha hobli
Thiruvkore Taluk, Mugalur Tumkur District
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता
Same as above



Preop Postop
2320 Ramarathnachari

OCCUPATION: Coolie MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 28,000/- (Attach Proof of income)
कुल वार्षिक आय (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई कार्ड संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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	Bhagyamma	56	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती 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 विनती का उद्देश्य:

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

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

DECLARATION by APPLICANT:

- 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 सोचना करता हूँ कि इस प्रारूप में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायता मिलने की आसक्ति है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जदारी 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 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 प्रश्न का अपने इच्छा या जोड़े को प्राप्त संतुष्ट, मैं (आवेदक) अपनी भावना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राष्ट्र, वाचनाय या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने से निषेध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा को पढ़ने या बचाने से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि साक्षात् मेरे उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: साक्षात् का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन को हस्ताक्षर या अंगुलि चिह्न द्वारा निम्नलिखित



AGREEMENT by HOSPITAL (KAWAISHI HOU KAWA)

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.

हमारे अधिकार, हमारा ही नहीं बल्कि हमारे मातापिताओं का "कोलिका पाठान्दोलन" से विविध सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विधि सभाया किसी नै. साक्षरी संस्था या किसी अन्य स्वीय से उक्त ऐंटी-पासले में लगे या तो रहे हैं, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" से विधायी/संसदीय उक्त को सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकांश/संसदन हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अन्त्यात किसी अन्य नै. साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्त्यात द्वितीय मरद उक्त ऐंटी-पासले हेतु किसी नै. साक्षरी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फाइब्रोसाइट" से भी गुं सहायता को प्राप्त विधिगत प्रकृति की है। ऐसी या इन्फाल्ट द्वारा ही गुं सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं इन्फाल्ट के बीच का विषय है और "कोशिका फाइब्रोसाइट" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिये इन्फाल्ट में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की जगह जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्फाल्ट की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

सुधीकृती चो लिपू संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

1.4.3

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MD, MS, FPRS, FICO

Consultant: [View](#) [Refresh](#)

(Name of Dr. S. Nigam, MD, BSc, MPhil, DPhil, FRCGS, FRCS(Ed), FRCS(Glasg))

—कृषि का विकास व उत्पत्ति व उत्पत्ति

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

नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संज्ञा संख्या १

Exbury

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी इन्टरनर २

John F. Kennedy