

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

11/0323/2758

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

02/3/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Lakshmi Bai

AGE-YEARS

आयु-वर्ष

68

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

L/o Seetha Lak

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Huddemahalli Ankangabavi Chikmagalur
hally Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप 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 मान्य हो उसे या 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 सम्बन्ध
1	Seetha Lak	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic 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 LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCO2

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

Pre op Post op
2758 Lakshmi Bai

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 (APPROVE OR NOT)

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अभिप्रेत की प्रकृति का अर्थ है कि



AGREEMENT by HOSPITAL (FASER 2011 472)

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

इसका अधिष्ठाता, इलाहाबादी की ओर से प्रमुख/देवी को "कौशिक फाउन्डेशन" से विविध अनायास हेतु भित्तिरिक्त की जाती है, जिसे हम (इम्प्लॉय) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संरक्षण और न ही वधिविषय में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य मंडल से उक्त रोणी-मण्डले में लीने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "बॉलिका काउन्सिल" से मिश्रित/विभक्त उक्त सं संस्थान में "बॉलिका काउन्सिल" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है: यदि "बॉलिका काउन्सिल" द्वारा सहायता विविध अतिरिक्त/सहाय हेतु प्रदत्त नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस वृत्ति में प्रदत्त करता जाता है कि अग्रसारण द्वितीय चरण उक्त रोणी-मण्डले हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "बॉलिका काउन्सिल" में लेने लगे सहायता संस्थान विविध उद्धृति की है। रोणी या हमराहा द्वारा दी गई सहायता या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रदान रोणी एवं हमराहा सं संस्था का विषय है और "बॉलिका काउन्सिल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमराहा ने रोणी से प्रत्यक्ष सुझा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोणी एवं हमराहा को सौंपी और "बॉलिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपराधन को करीब

2 | 03 | 23

For

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

होमोफोन का अर्थ है दोहरेका व चीजें न.

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Development Eye Care
(A Unit of Sharda Eye Care Trusts.)
Sharda Eye Care Trusts

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित जाति/अनुसूचित जाति

SIGNATURE of TRUSTEE 1

2000 年 11 月 1 日

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

द्वितीयः प्रश्नः ।

2020