

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0323/2941

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/3/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramachandra

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Late Maryana Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

#169, Ganigahalli, Chitakavadi, Kollal
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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	Mahadevamma	53	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विचार आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश 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 विनोद का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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



prop Postop
2941 Ramachandra

DECLARATION by APPLICANT: I hereby certify that the information furnished on this form is true and correct. I understand that anyone who furnishes false or misleading information on this form or who omits material or information requested on the form may be subject to criminal sanctions (including fines and imprisonment) and/or civil sanctions (including multiple damages and civil penalties).

- 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 कक्षा में कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कसल प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को न मिलेगी है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कक्षा में कि मैं इस सहायता से या कसल को नहीं है। यह सही का उद्देश्य या सहायता निम्न किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली जा सकेगी है और न ही भविष्य में भूषित।

AGREEMENT by APPLICANT (申請者 同意 書)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वक) अपने सहयोग की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एनएम न्यासी, एन. वाचक/या दूसरे उद्देश्य में सूची गतिविधियों और उपलब्धियों को निर्णय किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एनएम उपाय न्यासीय को निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की इच्छासा या जगहों का निर्धारण



AGREEMENT by HOSPITAL: STANISH ID# 00000000

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.

हवाई अधिकार, इलाका की ओर से सामने/पिछे की "कारिवा जहाजेशन" से विविध सहायता हेतु निपटारित की जाती है, जिसे हथ (हथकाल) विम पुकार से मान्य व स्वीकार कराते है।

- 1) यह कि न तो वास्तव और न ही अधिव्यक्ति में विविध सहायता किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंगी-प्रमाण में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाइंडिंग" में निराश्रित/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाइंडिंग" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका फाइंडिंग" द्वारा सहायता किसी अधिवाचक/सहायता हो मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य सम्बंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय भएर उक्त ऐंगी-प्रमाण हो कि किसी भी साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइंडिंग" से ले ले सहायता अथवा विविध प्रकृति को है। ऐंगी या हमसाल द्वारा ले गई प्रमाण या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइंडिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए हमसाल में ऐंगी के द्वारा प्रस्ताव और लेने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं हमसाल को होती है और "कोशिका" को कोई प्रस्ताव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती वं लिपि संस्तुति

Leah

Date of Surgery
अभिषेकन की तारीख

अभिज्ञान की समीक्षा

14/3/23

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

Mr. Lakshmi Prasad N.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sri Lanka Diabetes Management Group)
Thimmarigala Road, Miller Tank, Badulla

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी समलया

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासोद्धार ३

2020