

26680

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0718/0203

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/07/2018

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Ritesh Shivand Lamani

AGE-YEARS आयु-वर्ष

4

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कटुम्ब का नाम

Shivanand Lamani

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Khandasari Sugar factory Thanda, Jamsa

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Khandi road, Vijaypura, Bijapur, Karnataka

OCCUPATION :
व्यवसाय

Student

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

35,000/- Family income

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

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 चिह्न 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
	Sangeetha	34	F	Mother

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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card 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:Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

DOV Left Eye

LE - Trabeculectomy

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

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



0203 Ritesh. S. Lamani
0203 Ritesh. S. Lamani
pro. of post g.

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में मांग किया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रपत्र मांगा जा रहा है, उस राशि का उपयोग या सकल निम्न किसी अन्य प्रोविडोर/बोमा/कंपनी से न हो सकेगा और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कक्षा)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगुष्ठ की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राय, वाचस्पत्य द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुष्ठ का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कक्षा)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए मांगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकृत/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के हेतु किसी और साकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और जलने जाने की राशि जिम्मेवारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वृत्तिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 16/07/2018	Dr. SHEEJA BALLAL Consultant KMC No. 56304 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) NANDAN K. BALLAL (OR) J.C. ROAD, BANGALORE	Dr. Gayathri Krishna (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) B.W. Lions Superspecialty Hospital B.W. Lions Eye Hospital Road Old S.C. Road, Bangalore - 560 002
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर 1 <i>Safar</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2 <i>Dr. R. R.</i>	



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ
ಕಂದಾಯ ಇಲಾಖೆ

ಆದಾಯ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರ

ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆ: RD0038142347873 *RD0038142347873*

ಶ್ರೀ. ಶಿವಾನಂದ ರಾಮಸಿಂಗ್ ಲಮಾಣಿ ಉರ್ಫ ಜಾಧವ ವಿಸ್ ಶ್ರೀ. ರಾಮಸಿಂಗ್ ಲಮಾಣಿ ಉರ್ಫ ಜಾಧವ (ತಂದೆಯ ಹೆಸರು) ಮತ್ತು ಶ್ರೀಮತಿ ರಾಮಾಬಾಯಿ (ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು) ರವರು ವಿಜಯಪುರ, ತಾ. ಜಿ ವಿಜಯಪುರ ವಿಳಾಸ, ವಿಜಯಪುರ ನಗರಸಭೆ (ನಗರಸಭೆ ವಾರ್ಡ್ ನಂ 35) ಪಾರ್ಡಿನ ವಿಜಯಪುರ ಹೋಬಳಿ ವಿಜಯಪುರ ತಾಲ್ಲೂಕು ವಿಜಯಪುರ ಜಿಲ್ಲೆಯ ವಾಸಿಯಾಗಿದ್ದು, ಇವರ ಕುಟುಂಬದ ವಾರ್ಷಿಕ ಆದಾಯ ಎಲ್ಲಾ ಮೂಲಗಳಿಂದ ರೂ. 12000 (ರೂ. ಹನ್ನೆರಡು ಸಾವಿರ ಮಾತ್ರ) ಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವು ಐದು ವರ್ಷದ ಅವಧಿಗೆ ಬಾಲ್ವಿಯಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

ದಿನಾಂಕ: 03/03/2017

ಟಿಪ್ಪಣಿ: ಈ ದೃಢೀಕರಣ ಪತ್ರವು ವಿದ್ಯುನ್ಮಾನ ಸಹಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದು, ಕೈಬರಹದ ಸಹಿಯ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ.
ಇದನ್ನು ಈ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ನೈಜತೆಯನ್ನು ಪರಿಶೀಲಿಸಲು ಸಾರ್ವಜನಿಕ ಬೆಂಚ್ ಸೈಟ್ www.nadakeri.karnataka.gov.in ಗೆ ಪ್ರವೇಶ ಹೊಂದಿ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಸಂಖ್ಯೆಯನ್ನು ಸಮೀಕ್ಷಿಸುವುದು ಅಥವಾ ಎಸ್ ಎಂ ಎಸ್ ಸಂಖ್ಯೆ 51969 ಗೆ KA NK <Certificate Number> ಎಂದು ಎಸ್ ಎಂ ಎಸ್ ಮಾಡುವುದು.

ಹೆಸರು: GIRIJADEVI MADIVALAPPA SAJJAN

ಉಪ ತಹಶೀಲ್ದಾರ್

ವಿಜಯಪುರ ಹೋಬಳಿ

ವಿಜಯಪುರ ತಾಲ್ಲೂಕು

ವಿಜಯಪುರ ಜಿಲ್ಲೆ



ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಶಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ

B.W.LIONS SUPER SPECIALITY EYE HOSPITAL

(A Unit of Lions Club of Bangalore West Trust)

No. 5, Lions Eye Hospital Road, (off. J.C. Road) Bangalore-560 002. India.

Phone : 22237628, 22121255, 22235005, Fax : 080-2223562

Email : info@bwlionseyehospital.org Website : bwlionseyehospital.org

MARK OF EXCELLENCE



NABH ACCREDITED HOSPITAL

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Master Ritesh Lamani, aged 4 years
presented to us on 07-07-2018 with DOV
in both eyes since birth. He has
undergone (surgery) Trabeculectomy + Trabeculectomy
in both eyes elsewhere despite which his
intraocular pressure is not under control.
He has been advised left eye Ahmed
Glaucoma valve implant surgery for the
same in order to prevent any further
damage / further DOV in the eye by Glaucoma

Shinde

Dr. JYOTI SHETTY
M.S. OPHTH.
KMC No.0000115

Comprehensive Eye Care Hospital with Advanced Investigations, Treatment & Micro Surgical facilities for Cataract, Refractive Surgery,
Glaucoma, Occuloplasty, Cornea, Squint & Vitreo Retina & Paediatric Ophthalmology

Recognised by : CGHS, Insurances, TPA's, Banks, Yeshasvini, State Govt, etc for cashless / reimbursement surgeries

Donations are exempted under Sec. 80(g) Income Tax Act

For Eye Donation Call : 2223 5005, 97405 56666 (24X7X365days)



ಬಿ.ಡಬ್ಲ್ಯೂ. ಲಯನ್ಸ್ ಸೂಪರ್ ಸ್ಪೆಶಾಲಿಟಿ ಕಣ್ಣಿನ ಆಸ್ಪತ್ರೆ
B.W.LIONS SUPER SPECIALITY EYE HOSPITAL

(A Unit of Lions Club of Bangalore West Trust)

No. 5, Lions Eye Hospital Road, (off. J.C. Road) Bangalore-560 002, India.

Phone : 22237628, 22121255, 22235005, Fax : 080-2223562

Email : info@bwlionseyehospital.org Website : bwlionseyehospital.org

MARK OF EXCELLENCE



NABH ACCREDITED HOSPITAL

TO WHOMSOEVER IT MAY CONCERN

Master Ritesh Lamani, aged 4 years presented to us on 07-07-2018 with diminution of vision in both eyes since birth. He has undergone surgery for glaucoma in both eyes elsewhere despite which his intraocular pressure is not under control. He has been advised left eye AGV for the same in order to prevent any further damage to the eye by glaucoma and any further diminution of vision.

Bangalore West Lions
Super Speciality Eye Hospital
5, Lions Eye Hospital Road,
(Off J.C. Road) Bangalore - 560 002

Comprehensive Eye Care Hospital with Advanced Investigations, Treatment & Micro Surgical facilities for Cataract, Refractive Surgery, Glaucoma, Occuloplasty, Cornea, Squint & Vitreo Retina & Paediatric Ophthalmology

Recognised by : CGHS, Insurances, TPA's, Banks, Yeshasvini, State Govt, etc for cashless / reimbursement surgeries

Donations are exempted under Sec. 80(g) Income Tax Act

For Eye Donation Call : 2223 5005, 97405 56666 (24X7X365days)