

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0423/0031

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि 5/04/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Doddaiiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Urogayya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kottathi Hobli mandga(R) chennaballi

mandga Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
0031 Doddaiiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

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

क्या आप आय कर पayer 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 संबंध
1)	Kumara CD	28	M	Son
2)	Prasanna CD	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) ✓ गरीबी रेशन 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) ✓ उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof ✓ अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE cataract LE cataract
2)	Surgery BE cat + PCOL

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 ली गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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 प्रत्येक 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 भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रार्थना नहीं कर रहा हूँ, इस मदद का जमावट या पूरावट किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो शिथिल है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा 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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों के छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके भरोसेमंद लोगों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा इलेक्ट्रॉनिक, प्रिंट, या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस उपयोग का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्र पर अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया गया है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी प्रकार के प्रतिफल के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा या अन्य माध्यमों के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। इस उपयोग का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्र पर अपने उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त किया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ठ का छाप।

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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) This 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.
- इसके अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के द्वारा, हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी प्रकार के वित्तीय सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से मदद ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से मदद लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा उद्देश्य केवल वित्तीय सहायता प्राप्त करना है।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज या उपचार के लिए हमारे चिकित्सक/हस्पताल का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 5/04/23	Dr. Lakshmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षरकर्ता का नाम और पता	Mr. Lakshmi N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) Institute for Ophthalmology & Eye Care (A Unit of Shree Siddhanta Eye Hospital)
---	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोसेमंद व्यक्ति 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोसेमंद व्यक्ति 2