

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: 13/0424/0033
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 13/04/24
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Siddharth M
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष 10
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: SLO Manappa
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

11th, 70mky, Karnataka



Pre-op 0033 Post-op Siddharth

Matthghatta Hamdomakere Hobli Chikencupukambli
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: unemployed
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: -
कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी 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 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	Siddharth	10	M	Self

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति 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 2F cataract Surgery: - LE Cat + ptoke

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
1	DBCS	5000/-

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 प्रकार से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण पूर्ण तथ्य अथवा पाया जाता है तो मेरी स्थापना निम्न को वा सक्षम है।

3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि विश्व वास्तविक है। यह धारणा की गई है, इस राशि का अतिरिक्त या घटकर किसी किसी अन्य फल/निष्पत्ति/कार्य/कर्मणी से व तो लिया है और व ही सुविध्य में लूंगा।

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 fulfilment 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 पर जयन्त हस्तधर या जगदीश की छाप लगाकर, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी महामति को ज़रूर करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और उसके न्यासीयों "को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एग्ज्यूटिवी, एन, कानूनवादी द्वारा उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपायनियों के लिए किसी भी प्रकार सहाय्य से प्रयोजित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के खर्चे या खर्च में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) नै (अर्थव्यवस्था) इस बात से सहमत हैं कि भेत नय, पता, थोटी और मिश्रण जे कि सहायता से उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दृश्य उसमें व्यापारियों का निर्णय और कार्यकारी होगा।

आवेकन के हवालात या अंगुली या निशान



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.

1) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश में जिलिय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रोत से उक्त ऐंग्लो-व्यापक में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठशाला" में प्रिण्टिंग/कॉपी उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका पाठशाला" द्वारा परत हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठशाला" द्वारा सहायता प्रिण्टिंग साहित्य/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त ऐंग्लो-व्यापक हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "भौतिकी काउन्टेरा" से तो यह सहायता बसंत विविध प्रकृति को है। ऐसी पर हमला द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुनाब ऐसी एवं हमला के बीच का विषय है और "भौतिकी काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी व इतना सूझा और अपने ज्ञान को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला को होनी और "भौतिकी" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वयंश्रुती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
प्रारंभिक की तारीख

MBBS, ...
Compulsory ...

Dr. Lakshmi N

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreechandra Eye Care Trust.)
Signature Designation & Stamp of Authorised
on behalf of Hospital)

नाम व पद इस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामसी हस्ताक्षर ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षेप 2

here