

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0423/0078

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/04/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Nanjamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ताक्षर का नाम

colo Late Kempegowda.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

T. Hosahalli, Gundlupeta.

Tumkur Taluk, Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

आप आय का 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 सम्बन्ध
1	Hemish K	37	M	Son

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)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

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

LE - Cataract

2

Surgery.

LE - Cataract + pao.

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 राशि

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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात को सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जान रहा हूँ, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तनियोन्मयकारी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 प्रश्न का अर्थ इसप्रकार का होता है कि आप सामान्य, मैं (अव्यय) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फल्लोपन और उसके व्योमों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा जन्म, पालन, पोषण और जो विचार इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्ब्रियो, दूर, वायुमय दूरों उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों को निवेदन किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को निषिद्ध अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फल्लोपन" व व्योम अधिकृत है।

2) ये (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्य के अन्तर्गत से प्रामाणिक है मुझे स्वतः साक्ष्य का इकट्ठा नहीं करना। इस सम्बंध में "कोर्टिका" एवम् उसके आधिपत्य का निर्णय सीएम और आध्यात्मिक होगा।

आवेणक नो हस्ताधर नो अंगुली का निगल



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.

1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में विधिवे सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त एंटी-मोनोपॉली में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोरिका फाउन्डेशन" से सिफरिज/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/पकत हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त एंटी-मोनोपॉली हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका काइन्डेशन" से तो यह साहचर्य केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इन्फेक्शन द्वारा ही यह संज्ञा या किन्हीं गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं इन्फेक्शन को बीच का विषय है और "कोशिका काइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इन्फेक्शन इन्फेक्शन में ऐसी कोई इन्फेक्शन और अपने अपने को जारी बिम्बेवारी ऐसी एवं इन्फेक्शन को छोटी और "कोशिका" को कोई भूमिका या बिम्बेवारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

02/04/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant Surgeon

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Applicant)

Match Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Submerged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

12/2/2