

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0423/0102

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/04/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Nanjappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

s/o Channegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anemete, Madhahalli, Turuvekere Taluk
Tumkur Dist, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above.

Preop Postop
0102 Nanjappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. रखाई खाता संख्या

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 सम्बंध
1.	Rangamma	64	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)गरीबी रेखा 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	Diagnosis R.E. Cataract L.E. - Cataract
2.	Surgery L.E. = Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED रही 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 बताना हूँ कि इस प्रारूप 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 इस बात की सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में देया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वापस या सब्सिडी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा 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.

1) इस क़दर पर अपने इस्तेमाल का आगे भी ज़ाब सफ़ाई, मैं (आवेदक) अपनी सहमति भी पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फ़ाउंडेशन और उसके न्यासी" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लोयी, राज, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अभिभूत है। मेरे क़दर का विकास और इस्तेमाल के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फ़ाउंडेशन" में न्यासी अभिभूत है।

अध्यापक डॉ. सुभाषचंद्र पाण्डेय



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.

हमारे अधिकृत, इसकाफी की ओर से गायनरंजनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (इसकाफी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका चक्रेन्धन" से सी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पलेंट द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्पलेंट को बीच का विषय है और "कोशिका चक्रेन्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए इम्पलेंट में ऐसी के इम्पलेंट मुद्रा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इम्पलेंट को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

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

Mr. Lakshminipathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
of the Institution)
Institute for the Care of the Deaf
(A Non-Profit Organisation)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यागी इस्तरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हनुमन्त २

Exchanged

2018