

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0423/0114

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/4/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Parvathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

s/o Govindagouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

 Ward-22 Gundlupet Chamrajnagar
 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above


 Prop Postap
 0114 Parvathamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ 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 किसे गये विवरण 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 RE Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गयी है?

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 कबल यह कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता पाता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि किस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का वसूली या समकल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्/विधेयक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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/post-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 अपने हस्ताक्षर या मोहर को छात्र लगाकर, ये (अवधारक) अपनी सहायता को पुष्टि कराए हैं एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोचित" को अधिभूत कराते हैं कि वेरा नाम, का, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एचए न्यायो, राग, पाचनधरा दूसरी उद्देश्य से जुड़ी तालिकावर्धन और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार वाधन से इस्तेमाल करने को लिये अधिभूत है। ये प्रश्न का विवरण में इन्वॉक को करने या कर में करने को लिये "कोशिका काउंटिंग" व न्यायो अधिभूत है।

2.) मैं (ज्योतिष) इस बात से सहमत हूँ कि पाप नाम, पाप, पोटो और विचार जो कि महापाप के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे स्यात। महापाप का इकाएर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" जयम उपासक ज्योतिष का विचार अंतिम और सत्यकारी होगा।

आवेदन के समक्ष या जंगल का पिछा



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:

2) That 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.

23) 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.

इससे अधिकतर, हमेशाही की ओर से घायल/रोगे को "कठिना पाइनोसल" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतम में विविध प्रकार के किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उच्च लेवी/धामने में लेगे या ले रहे हैं, वे तो कि हमने "कोशिका पाउन्डेशन" से विपणन/विक्रय के सम्बंध में "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा महाप्राप्त विनिमय अतिरिक्त/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से महाप्राप्त लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धुंध में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मदद उच्च लेवी/धामने हेतु किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका कान्सेन्ट्रेशन" से तो यह धारणा ब्रॉकल विविध प्रकृति की है। ऐसी या हस्पताल द्वारा ही यह माना या किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका कान्सेन्ट्रेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और अपने खर्च की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होती है। "कोशिका" को कोई धर्मिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$11 \mid 24 \mid 25$$

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

Contribution of Dr. & Richard No. 86 sensitive

डा. क. ए. का. उ. म. वि. हस्तशिल्प वि. सं. २

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation and Authorised Signatory of the Institution for the Receipt of the Donation)

16/M, Thimmarajah Road, Miller Tank Bed Area
 સંસ્કરણ રૂપરંગ દત્ત

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हास्यधर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इन्द्रधनुः ३