

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभल)



Koshika
foundation
APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

B/0524/0266

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथी

9/5/24

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shankaramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

A/o Banashettappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासस्थान आवासीय पता

Kothanakamathalli

Tumkur

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:
जैविक

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का स्वायत्त संलग्न)

PAN No. नियंत्रण संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable):
1 आय आय कर रहा है (जो मान हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ नहीं

FAMILY DETAILS: परिवार विवरण

Sr. No.
क्रम संख्याName of Family Member
परिवार के सदस्यों का नामAge (Years)
उम्र (वर्ष)Gender
लिंगRelation with Applicant
आवेदक के साथ जड़बंधBASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
महापाता के लिये विनाई आधार:BPL Card
(Attach Card Copy)गर्भी रेता के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की जापां प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)आय ज्ञात की प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की जापां प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की जापां प्रति संलग्न करें)Any Other
Basis/Proof

अन्य कोई साध्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

महापाता हेतु किये गये विनाई का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

①

Diagnosis

RF Gastroenter

IE Gastroenter

②

Surgery.

IE Gastroenter + PCOS

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य महापाता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?Sr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई महापाता राशि

③

DRCS

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करा:

- 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 हूं कि इस प्रकाश में लिखे गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ऐसे कथन असत्य एवं भाव बताता है तो मैं उसे सहायता दिलाने को बहुत सखी हूं।
- 2) मैं इस द्वारा जाहाज की "कोशिका फाइंडेंस" से जीते जा रही हूं, इसका उपयोग उसी डॉक्टर की चुनी भी लिखे गए वार्ता, जो इस प्रकाश में भी गया है।
- 3) मैं यूट करता हूं कि विवर सहायता हेतु यह जारी की गई है, इस गारी का लागत एवं लकड़ियाँ वीज कम्पनी से न हो लिया है और न ही भीमध्य में लीदा।

AGREEMENT by APPLICANT: आवेदक द्वारा कराया

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 प्रकाश पर अपने हास्ताक्षर का लिखते की तरफ लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की चुनी करता हूं एवं "कोशिका फाइंडेंस और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, ठांसे और जो विवरण इस प्रकाश में भीमध्य है, उसे "कोशिका" एवं, नाम, दाता, जापनाम दूसरे उद्देश्य से चुनी गयी विवरणों और उसके ज्ञातीयों के लिये किसी भी प्रसार मध्यम से प्रस्तुत करने को लिए अधिकृत है। मैं इसका लिखते होता हूं कि मेरा नाम एवं जाता है वर्ते जो लिए "कोशिका फाइंडेंस" के नाम से अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, जाता, ठांसे और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है युक्त स्वरूप सहायता का इकाया नहीं बताता। इस मध्यम में "कोशिका" एवं, उसकी ज्ञातीयों का लियें अधिकृत और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हास्ताक्षर का चुनीयों का लिखता

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा कराया)

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.
- इसकी अधिकृत, हास्पातल की ओर से गमाहो/ठांसे को "कोशिका फाइंडेंस" से वित्तीय सहायता हेतु लिखायी की जाती है, जिसे इस (हास्पातल) द्वारा प्रकाश में समाचार करते हैं।
- 1) यह कि न ही जापनाम और न ही भीमध्य में वित्तीय सहायता किसी गैर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्थान से उसके लिये योग्यता में लिये गए हो रहे हैं, वैसे कि इसने "कोशिका फाइंडेंस" से वित्तीय सहायता उस के सबूत में "कोशिका फाइंडेंस" द्वारा दिया गया हो रहा है। यदि "कोशिका फाइंडेंस" द्वारा सहायता लिखी गई नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्थान से सहायता लिये को अधिकृत सुनिश्चित रखता है। इस चुनीय में स्वयं भाव जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त लिये योग्यता में लिया जाता है कि गैर सहायता संस्थान या किसी अन्य स्थान से नहीं लिया जाता।
- 2) "कोशिका फाइंडेंस" से जीते गए सहायता को लिये वार्ता द्वारा दिलायी गई सहायता का पुनरावृत्ति एवं एवं हस्पातल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइंडेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई उल्लंघन नहीं है। इसलिये हस्पातल में गोरी के इकाय सुरक्षा और अपने जीते की चुनी लिखेतारी द्वारा एवं एवं हस्पातल की गोरी और "कोशिका" को कोई चुनीया या किसी भी इस घटने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृती के लिए संमति

Mr. Lakshmi Pathi N
Member, Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreedaan Eye Care Trust)
1544, Pragati Bhawan, Major Tank Bed Area
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्पातल अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अंगीकार की तारीख
9/5/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant: Phaco & Refractive
KMC No. 00244

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION आनंदिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम से हस्पातल 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम से हस्पातल 2