

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0623/0343

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

02/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

JAYAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहस्र का नाम

w/o Kempayya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mayasandra at Post, Tiswasekere Taluk,

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -


 pre op post op
 0343 Jayamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

23,000 Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य 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 सम्बन्ध
1.	Girlamma	39 yrs	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का चीथे 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 LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract + PCOL

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 सी गई सहायता राशी
1.	DBCS	2000/-

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 कतार हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।

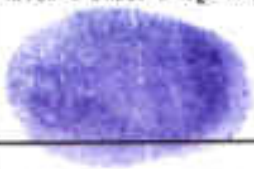
2) यहाँ पर मैं सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ।, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पूरा किया गया है।

3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि इस सहायता हेतु यह प्रारूप भरी जाई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (ज्योदेक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भागीदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" स्वयं या सी. राय, याचक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी व्यक्ति/विविधों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व यासी अधिकृत है।

आपेक्षक के इस्तेमाल या अंगुठे का निशान



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 विधायक के विहित सहायता किसी भी सरकार के संस्थापन या किसी अन्य कक्ष से उभरेंगे/पायलेंगे न ही लेंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से विधायक/विधायिका उभरेंगे कि संस्थापन में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधायक/विधायिका उभरेंगे/पायलेंगे न ही लेंगे/ले रहे हैं कि असफल किसी अन्य और सरकार के संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असफल द्वितीय मदर उभरेंगे/पायलेंगे हेतु किसी भी सरकार के संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेने/ले रहे हैं।

2. "कोरिका फाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्य कोटा विधि प्रकृति की है। ऐसी पर हमला द्वारा दी गई सलाह या बिने गए वक्ता/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमला के बीच का विषय है और "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला की होगी और "कोरिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
मुंबई, दि. ११ मार्च २०१४

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यामी इन्द्रधर ।

Defendant

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2

Rich