

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B1062310375 APPLICATION DATE: 02/06/2023

NAME of APPLICANT: VENKATESH D AGE-YEARS: 70 YRS SEX: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Late Dasappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Neeragurda of Post, Turuvekere Taluk,

Tumkur District, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: - Same as above -



postop 0375 Venkatesh D

OCCUPATION: Un-Employed

TOTAL ANNUAL INCOME: (Attach Proof of Income)

PAN No. ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1.	Parvathamma	68 YRS	F	Wife
2.	Yashpal N.V.	43 YRS	M	Son
3.	Veena K.N.	33 YRS	F	Daughter-in-law
4.	Nethravathi N.V.	36 YRS	F	Daughter
5.	Speerthy N.Y	13 YRS	F	Grand Daughter
6.	Shreyas N.Y	11 YRS	M	Grand Son

BPL Card	EWS Certificate	Ration Card	Any Other
(Attach Card Copy)	(Attach Certificate Copy)	(Attach Card Copy)	(Attach Proof)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1.	Diagnosis: RE - PCTOL, LE - Cataract
2.	Surgery: LE - Cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
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 धोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विकल्प मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विकल्प एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापात्र निमत की वा सफाई है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापात्र प्रति "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापात्र हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस प्रति का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य जोड़/निर्धोषक/बोध कम्पनी से न ली लिया है और न ही अधिक्य 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/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 प्रपत्र पर अपनी इच्छाका या अंगरेजी की ज्ञान लगाकर, मैं (अववेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मैं विचारण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासीय, राज, पावन/या दूसरे उद्देश्य से मुझी प्रतिनिधियों और उपस्थितियों के निवेदितों की प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विचारण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अववेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विचारण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टा जी हस्ताक्षर या ओंगले का निशान



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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिक, इसकाशी की ओर से मामले/रंगी की "आंतरिक कार्रवाई" से विधिप्राप्त साक्ष्य हेतु भिन्नता की जाती है, जिसे हम (इसकाशी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो बर्माबाद और न ही भूमिधर्म में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उक्त ऐंटी-धर्म से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोसिका फाउन्डेशन" से निष्कासित/विश्लेषित उक्त के सम्बन्ध में "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा मन्त्र हेतु कि है। यदि "कोसिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु पन्धुर नहीं किया जाता है तो असमत्ता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार भुविधर्म रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमत्ता विविध मन्त्र उक्त ऐंटी-धर्म से हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से नहीं लेने/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तात्पर्य साधारण कोशल विधि प्रकृति की है। रोटी पर हममाल ड्राय पी गई मल्लाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुपात्र रोटी एवं हममाल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" ड्राय किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हममाल में रोटी के इस्तेमाल सुपात्र और अन्य चीजों की सही विम्वेदारी रोटी एवं हममाल की होती और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विम्वेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Doranavar
MBBS, MS, FRCS(ED)
Consultant - Plastic & Refractive
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डा. लक्ष्मी डोरनवार
प्लास्टिक व प्रभात

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Institute of Postgraduate Medical & Health Care
(A Unit of Government Medical College, Pondicherry.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: []

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Erklärung

2028