

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0623/0387

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

KEMPAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

w/o Thimmegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kalyanthalli Muniyur Post, Kasaba Hobali

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



Pre OP Post OP

0387 Kempamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Un-Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का सत्य संलग्न)

PAN No. क्याई खाता संख्या

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

जी हाँ/आप कर दाता हैं (जो घांय हो उस पर सही का चिह्नन लगावे)

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 संबंध
1.	Thimmegowda	71yrs	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के नीचे 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 सत्य
---	---	---	---

"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 + PCTOL

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 लगे गई सहायता राशी
1.	DBCS	2,000/-

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 हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिए गये सभी विषयों से मेरी जानकारी का अनुमान सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन अज्ञात पाया जाता है तो मेरी सहमति विषय की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति तारीख "कॉपीराइट फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्योगों की पूर्ति के शिवाय किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहमति से, यह प्रारम्भ की गई है, उस तारीख का अंतिमक या समाप्त हिस्सा किसी अन्य घोषणा/विचार/विचार/कथनों का नहीं है और न ही भविष्य में लुप्त।

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.

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 या अपने इसाखर या अपने की छात्र लगाकर मैं (आवेदक) अपनी छात्रा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्यूरियों" को अधिष्ठात करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धारित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्यूरियों, राज, राज्य/राज्य द्वारा उद्देश्य में जुड़ी एंजिनियरिंग और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रस्ताव या प्रेरणा करने के लिए अधिष्ठात है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे इसाखर की पालने या बंद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को ज्यूरियों अधिष्ठात है।

आपके कर्मों का फल ही आपका भविष्य है।



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:

- 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.

इसका अर्थ है कि, इसका मतलब है कि "कॉलेज काउन्सिल" में विद्यार्थी न्याय के लिए निर्धारित की जाती हैं, जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो भारतीय और न ही अधिकांश वै विदेशी महाप्राण किसी भी खासकरी संरक्षण या किसी अन्य खोज से उबल रोपी/घायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कौशिक फाउन्डेशन" से मिलकर/विशेषित उबल के सम्बंध में "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कौशिक फाउन्डेशन" द्वारा महाप्राण विपत्ति अधिकांश/कमाल हेतु मजबूत नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी खासकरी संस्था या किसी अन्य सम्साधन में महाप्राण लेने का अधिकांश सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय चरण उबल रोपी/घायल हेतु किसी भी खासकरी संस्था या किसी अन्य प्राणन में नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका प्रदानकरण" से जो गठु संश्लेषण कोशक विभिन्न प्रकृति को है। एंटी का इन्वन्शन द्वारा ही यह अन्तः का किमे गये उपकार/प्रक्रिया का पुराण एंटी एवं इन्वन्शन से बीच का विषय है और "कोशिका प्रदानकरण" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इन्वन्शन में एंटी का इन्वन्शन सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी एंटी एवं इन्वन्शन को होती है और "कोशिका" की कोई सुरक्षा का जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

06/06/2023

(Name of Dr. & Rank, No. with Stamp)
डाक्टर राज राम शर्मा
RMC No. 90244

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 Mr. Lakshmi Prasad N.
 Director
 Institute for Advanced Eye Care
 (A Unit of Shrinis Eye Care Trust.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी हस्ताक्षर ।

ज्यासो हस्ताक्षर ३