

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0623/0389

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

06/06/2023

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

GANGAMMA

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

w/o Narasimhaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No.121, Matagondanahalli, Chikkanayakanahalli

Shettikere Hobali, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Same as above -



pre op post op
0389 Gangamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का सहाय्य संलग्न)

PAN No. स्थाई छाप संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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
1.	Narasimhaiah	78yrs	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती 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 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	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 विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो यो ग्राह्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो ग्राह्यता पत्र "भौतिकी काउन्डेशन" में ली जा रही है, इसका उपयोग उद्योग उद्देश्य को पूर्णतः के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि निम्न ग्राह्यता पत्र, वह प्रश्नपत्र को गैर है। उस पत्र का अंतिम या अन्तिम विवरण किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/कर्मचारी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu-up/produce 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 प्रश्न या अपने हमसफ़र या जेठे को छात्र लताकर, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में पोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी एक्टिविटीयों और उपलब्धियों को तैयार किसी भी इसी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ के पत्रों या बार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से इशारे हैं मुझे सहा, सहायता का उपकरण नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का लिखित अतिथि और कायबकती होगा।

आवेक के समताता या अंगुठे का निशान



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.

इन्हीं अधिकृत, इलाक़ाई की ओर से मामले/दोरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलीन स्थापित हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसमारात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो यहमान और न ही भविष्य में जिसमें महापता किसी या साक्षरी सम्पत्ति या किसी अन्य स्रोत में उक्त रंगी-मामले में सेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में मिश्रित/विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सादर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापता विपरीत अतिरिक्त/सम्पत्ति हेतु मन्जूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य या साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति में महापता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रंगी-मामले हेतु किसी या साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्पत्ति में नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका प्रान्दोशन" से जो गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रंगी का हममयल द्वारा ही गुं-सलसं या बिन्दे गये उपकार/प्रक्रिया का पुराण होती एवं हममयल के बीच का विषय है और "कोशिका प्रान्दोशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हममयल में रंगी के इलाज सुझा और जलने जाने को सारी जिम्मेदारी रंगी एवं हममयल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

Cardiology & Thoracic Medicine

हाथ का रंग चमस्ता हुआ है, उन्हा

Mr. Lakshmi Prasad N
(Name, Designation, and Print of Authorised Signatory)
Institute for Disaster Preparedness
(A unit of the Institute for Social Studies, The Hague, The Netherlands)

(A unit of 5000 units is available for sale at \$1.00 per unit.)

Thirumalaiah Road, Tirumala, Hyderabad - 500 006

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तशाला ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्ताभ्याः ।

2028