

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0623/0420

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

PA Narasimhappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65 yrs

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Venkatasamappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Punyahalli, Hebbali, Mulbagal Taluk,

Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

Pre OP 0420
Post OP Narasimhappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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.	Sarasamma	60 yrs	F	Wife
2.	Ramesh Babu	57 yrs	M	Son
3.	Balakrishna	32 yrs	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 किसे गये विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE - cataract LE - PCTOL
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 लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
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 प्रकरण में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असाध्य पाया जाता है तो मेरी गवाहपत्र निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो गवाहपत्र गति "कॉरिज्ड" (आइन्डोस) में ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि जिस सहायक दल पर कार्यवाही की जा रही है, उस गति का अधिकतम या अधिकतम विस्तार किसी अन्य छात्र/निदेशक/कर्मियों के लिये नहीं किया जायेगा और न ही भविष्य में किया जायेगा।

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/pul-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.

- १) इस प्रश्न का अर्थ इतना ही था कि मैं (जयदेव) अपनी सहायी को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका काउंटीमैन और उनकी न्यासीयाँ" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीये जा रहे हैं, उसे "कॉन्सिका" एक्टिंग न्यायी, एन. ताननगर दूसरी उद्देश्य में जुड़ी कॉलेजियर्स और टर्मिनलियाओं के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे द्वारा की पहली या बाद में करने के लिए "कॉन्सिका काउंटीमैन" व न्यायी अधिकृत है।
- २) मैं (जयदेव) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाप्राप्त के उद्देश्यों में शामिल है मुझे स्वयं, महाप्राप्त का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉन्सिका" एक्टिंग उनका न्यायीयाँ का निर्वाह जल्लिम और अधिवक्ता होगा।

આવેદનકર્તાને જાણવામાં આવે છે કે આ અંગતતા આ અંગતતા



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.

हमारे अधिकृत, हमलावारी को और से परामर्शकारी को "कोशिका फाटनेवाला" से विविध सहपात हेतु निषेधित करी जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विशेष सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त लेवी/धामने में लेनी या ले गई है, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विशालशक्तिवर्धित उक्त को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पता हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अधिकांशमूलक होना मान्य हो कि क्या जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विरुद्ध पदर उक्त रोमी/धामने होना किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं होगा/लेगी।

• "कठिनायाः पराजयान्ते" से ली गई महापराजयकालीन प्रकृति की है। लोग का सम्मेलन द्वारा की गई स्मरण या बिने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ली है हम सम्मान

को सोच का विषय है और "कॉलिका" "वाइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हमेशा हमें सोचें कि हमारा मूल्यांकन और जाने जाने की सारी विजयोदारी सोची एवं हमेशा हमें सोचें और "कॉलिका" को कोई भूमिका या विजयोदारी इस मामले में नहीं होगी।

सर्वोच्चतम के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FFRS, FICO
Consultant - Plastic Surgery - active
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
श्रीमती लक्ष्मी डोरेनवार यांनी या पदावर कार्यरत आहेत.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
 Institute for Gender Studies
 (A unit of the National Institute of Advanced Studies)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवम्बर ३