

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

B/0623/0468

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/06/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Giriyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70 yss

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Gavirangaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No.42, Bhavahalli, Chikkarayanahalli,

Tumkur District, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above -



paup postop
0468 Giriyamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी छला संख्या

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

या आप आय का दाता हैं (जो सत्य 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 सम्बन्ध
1.	Gavirangaiah	78 yss	M	Husband
2.	Shivaram	26 yss	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे 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 - 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 लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले 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.

- AGREEMENT by APPLICANT (continued)

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 consuming 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.

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपने एक नए दृष्टिकोण से अपने काम को देखने का प्रयास किया है।



AGREEMENT by HOSPITAL: (H340296 070 4671)

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.

इससे अधिकतर इस्लामी को और से पापलेखों को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु निगरानी को जारी है, जिसे हम (इसपत्र) निम्न प्रकार से सम्यक् से उन्नीका करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में विविध महापलायनियों की सार्वजनिक सम्पत्ति का किसी अन्य व्यक्ति से उक्त लेनी/पासले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डोजन" में निष्कर्षित/निष्पत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डोजन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डोजन" द्वारा स्थापित किया जा रहा है कि सम्पत्ति किसी अन्य की सार्वजनिक सम्पत्ति का किसी अन्य सम्पत्ति में महापलायन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस कृति में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विविध पक्ष उक्त लेनी/पासले हेतु किसी की सार्वजनिक सम्पत्ति का किसी अन्य सम्पत्ति में नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका पाउन्डेशन" से तो यह संभावना कमजोर किया प्रकटि की है। तोपी या इन्फेक्शन द्वारा ही यह संभव था कि यह उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव तोपी एवं इन्फेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन से तोपी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने को जारी जिम्मेवारी तोपी एवं इन्फेक्शन को तोपी और "कोशिका" को अपने प्रतिकार या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इच्छीकृती कं लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन का तारीख

Dr. Lakmi Dorennavar
MBBS MS FRCS (C)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हमारे को ज्ञान है हमारे को ज्ञान है

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

संयोजक: डॉ. राजेश कुमार शर्मा, अध्यक्ष, राष्ट्रीय विकास परिषद

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नाम: इरफा 2

Exempel

2020