

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B1062310479

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

09/06/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramakka

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70 yrs

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Shivanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No-192, Halkurke, Hannaville Hobli, Tiptur

Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- Same as above -



preop postop
0479 Ramakka

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home-Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो भन्व हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश 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 किये गये विनति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुची संलग्न
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery RE - Cataract & PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली
1.	DBPS	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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महाशय निवास को ज्ञात कराया जायेगा।

2) मेरी महाशय को महाशय द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से मिले जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैंने महाशय से प्राप्त की गई राशि का अतिरिक्त का समकाल विम्वर किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया 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/post/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस रूप में प्रोपिण है, उसे "कोशिका" स्वयं या किसी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी द्वारा माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो रूप का विवरण में इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस रूप से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रोपिण है पूर्ण स्था: सहायता का इकट्ठा नहीं करता: इस सम्बंध में "कोशिका" स्वयं या किसी व्यक्ति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अमेरिका की राजधानी या अंग्रेजों का निवास



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 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, हमसहारी की ओर से संपन्न/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जाहें है, जिसे हम (हमसहाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पारर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि अतिरिक्त/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमसहाल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस तथ्य से स्पष्ट कहा जात है कि हमसहाल द्वारा पारर उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय उद्भूति को है। रोगी या हमसहाल द्वारा दी गई उपचार या किसी गम्भीर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसहाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसहाल में रोगी के उपचार सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेते एवं हमसहाल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery अपरेशन की तारीख	<i>Dr. Laxmi Dorennavar</i> MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Plastic & Reconstructive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हस्ताक्षर की साथ में इलाका नं. २	<i>Mr. Lakshimpathi N</i> (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Institute for Disabled & Old Care (A Unit of Sankarajeeva Hospital)
--	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

10-02-2023