

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : N/0622/0519APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 10/6/22NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Huchamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम w/o Rangaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#65 Kennayyamballi K.Gopalrao post Eplia
Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Doc OP
05/9Post op
HuchammaOCCUPATION :
व्यवसाय coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 28,000/-(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी आय का संख्या

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

Yes / No

या आय आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के संकेत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Rajjan 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 विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF - Cotexant LE - Cotexant
2	Surgery RF - Cotexant + prial

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 लिया गई सहायता राशि
1	SSBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ N/A

- 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 कहता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण पूर्णतः कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "वैशेषिक सहायता" से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैंने सहायता प्राप्त करने के लिए जो राशि है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach with form)

- 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/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 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 का उत्तर इसका या नहीं भी काय लयका, मैं (अर्हक) अपने बहाने की दुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है. इसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, दान, वाचना/पुस्तकें इत्यादि में सुदृढी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार माध्यम में प्रकाशित करने को शिष्ट अधिकृत है. मेरी प्रश्न का विवरण मेरी प्रत्यक्ष को पहले या बाद में करने को शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" को न्यासी अधिकृत है.
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रेषित है सुदृढी न्यासी, सहायता का हक्कदार नहीं करता. इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम न्यासी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आलेख के द्वारा या अंग्रेजी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (एग्रीमेंट होस्पिटल)

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.

हवाई अधिकारी, इमरतगढ़ी की ओर से मायसे/रोले को "बोडिंगका 'जादू'बोर्डिंग" से विधिवि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हवाई (हमसाया) विमान प्रकाश से मान्य व गवीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इन्जीन्यूअरी के लिए संस्कृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/6/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surge,
Institute of Ophthalmology, (No Stamp)
(A unit of Shree Dharmam, Gerni, Tq. S.
KMC, Gerni No. 61123)

Mr. Lakshmipathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
on behalf of Hospital)
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
33, Thimmasa Road, Milk Tank, Bellary

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य रूपयोग इति

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयदीप कुमार

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME TRUSTEE 2

2020