

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : N/0622/0525APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 10/06/22NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 63

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/सहोदर का नाम 10/0 Ganganayka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#248, Halkinabe Honnasalli Hobli tipkush tumkur

District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

pre op post op
0525 JayammaOCCUPATION :
व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्नित करें)

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

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

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड के नौबे 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 Reason/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- Cataract 15- Cataract
2	Sublux RE- Cataract + Prol.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगे गई सहायता राशी
1	DBCS	21000/-

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 Kushiya 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कौशलिक प्रशिक्षण", से ही काम लूँगी है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में था।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रदर्शन करती हूँ, इस राशि का अधिक या समान हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी में से तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगी।

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/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 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 Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने इलाक़ा या ज़िले की बात लिखकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायि की नृष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका काउंटीमें और इसमें ज़मीनों" को अधिकृत करता हूँ कि वेह नज़्म, पल, कोर्ले और को विवरण इस प्रश्न में अधिष्ठित है, उसे "कॉलिका" एब्ज्यू न्यायी, दाय, वायवायव्य दूसरे उद्देश्य से नुकीली परिधिधियाँ और उपलब्धियाँ को लिए किसी भी इलाक़ा स्थल्य में पंजीयित करने को लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इलाक़ा को पहले या बाद में करने को लिए "कॉलिका काउंटीमें" व ज़मीनी अधिकृत है।

3) मैं (अपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पोटो और विवरण जो कि सरकार को उपर्युक्त में प्रेषित है पूर्ण सत्य, सही और सही है। इस कथन में "अपवादक" एक व्यक्ति या व्यक्ति को निर्दिष्ट करती है जो सत्यता की पुष्टि करता है।

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।



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.

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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अतिशुद्ध, हस्तशरी की ओर से व्यवहारे/टोपी की "कोशिका" (कार्डेन्डोस) से मिलित महापुरुष (गुरु) विभक्ति को जारी है, जिसे हम (हस्तशरी) फिर प्रकाश से सम्यक् से प्रतीकित करते हैं।

1) यह कि न तो कार्यभार और न ही अधिकार में विविध बाधाएँ किसी के साक्षरता संस्थाएँ या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टोपी-पत्राले में लेगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" में निष्पक्षीकरणित उक्त का सम्बन्ध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा साक्षरता विरति अधीनस्थकाल हेतु मन्त्र नहीं किया जाय है तो सम्बन्धित किसी अन्य के साक्षरता संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्धित टिप्पणी स्पष्ट उक्त टोपी-पत्राले हेतु किसी के साक्षरता संस्था या किसी अन्य सम्बन्धित से नहीं लेता-लेगी।

2. "कोशिका परावर्धन" से तो तुम्हें आसानी से मतलब मिलेगा कि वह क्या है। तोही या हमसबका हिसा तो तुम्हें आसानी से मिलेगा कि वह क्या है। इसका अर्थ है कि कोशिका का विभजन होता है और "कोशिका परावर्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसीलिए हमसबका मत तोही का अर्थ है कि कोशिका का विभजन होता है और "कोशिका" को कोई रचना या विभजन नहीं होता है।

स्वीकृती के लिए संभवति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of R. D. & Ravi. No. With Stamp)
(A unit of R. D. & Ravi. No. With Stamp)
K.M. Road No. 51123

Mr. Lakshmi pathi N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj
of the Western India's branch)

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हारदा २

Exchanged

Rich