

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0529

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Huchamma

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

co/o Late Kalappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#66, Soothavalli at post Honnavalli Hobli tipus
tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

preop post op
0529 Huchamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सहाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रश्या 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) रन्धोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे रूप विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची 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 ले गई सहायता राशि
1	DICS	2000/-

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 सोचता करता हूँ कि इस प्रश्न में रिश्ते गये सभी किसानों की जानकारी को अनुशासित रूप से नहीं है। यदि कोई किसान एवं कथन जानता था तो वे भी महापंच विचार की जा सकती है।

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.

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि पोरा नाम, पत्ता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कौटिलिका" एवम् ज्योति, दान, वाचनादयः दूधो इत्यादि से जुड़ी व्यक्तिगतताओं और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को लिए अप्रतिबद्ध है। मैं प्रश्न का विवरण जो इत्यत्र के पहले या बाद में करने को लिए "कौटिलिका फाउंडेशन" व ज्योति अप्रतिबद्ध है।

आलेख के अंतर्गत आने का विधान



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.

इसके अतिरिक्त, हमेशा की ओर से मर्यादा/रोटी को "बोतिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विनमोदना की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य शक्ति से इस संविधान में नहीं पायी है, किंतु कि इनमें "कोशिका कायदेन" से सिविलीज, विधि तथा के अन्तर्गत में "कोशिका कायदेन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका कायदेन" द्वारा सहायता विधि अधिकारकर्ता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अन्तर्गत किसी अन्य भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य अन्तर्गत में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्तर्गत विधि द्वारा एक संविधान में हेतु किसी भी सरकारों संरक्षण या किसी अन्य अन्तर्गत में नहीं लेता।
2. "कोशिका कायदेन" से तो यह सहायता संरक्षण विधि प्रकृति को है। संविधान में अन्तर्गत द्वारा ही यह सहायता या विधि नये उपचार/अधिकार का सुचारु तरी एव अन्तर्गत के बीच का विधि है और "कोशिका कायदेन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए अन्तर्गत में संविधान के द्वारा सुचारु और अन्य अन्य को जारी जिम्मेदारी ही एव अन्तर्गत को ही और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस संविधान में नहीं होती।

संजीवनी के लिए संयुक्त

10/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Chrysalis Eye Hospital)
80, Raj Road, 1st Floor, 123

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Institute for Disability & Rehabilitation
(A unit of Sri Lanka State Training Centre)
Thimmaiah Road, Kottawa, Sri Lanka

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यामोई हस्ताक्षर 2

Exchanged

iert