

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0537

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/6/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narajudappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

73

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Shankarappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#431, Halkurke Hanavalli Hobli Eptur Tumkur
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरी आधारBPL Card
(Attach Card Copy)सोयी रिकार्ड के नीचे 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)Billion 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 एवं किसकी का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन मूची संलग्न

1

Diagnosis

RE-Cataract

LE-Cataract

2

Surgery

LE-Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया होSr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
जो यह सहायता राशी

1

DRCS

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: WRITE ON REVERSE

DECLARATION by APPLICANT: WRITE ON THIS SET:
 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 hereby confirm that the assistance from Krishna Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance

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. I will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose for which it 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.

2) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, for which this assistance is requested.

2) सो दृष्टा को महाप्राण प्रति "कालिका महादेवी" के रूप में स्वीकार है, इसका उद्देश्य इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकार में था तथा है।

2) मैं इस को स्वीकार करता हूँ कि "कॉलेज फायनान्सिंग" से ही का लो है, इसलिए उन्होंने उन्ही अवसर को चुने का तय किया क्योंकि, जो उन प्रश्नों के लिए था।

3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस कारणों से यह अवसर को नहीं है, उस प्रति का आशिक या सकल विवरण किसी अन्य डॉक्यूमेंट/कागजी कम्पली में न हो लिया है और न ही अधिकार में लेना।

AGREEMENT BY APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

AGREEMENT by APPLICANT (PRINT OR TYPE)

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

[illegible]

2) यी (अर्थवेदक) इस बात से सहमत हैं कि वेद नाम, पद, शब्दों और विचारों को कि सहायता के उद्देश्य से रचित हैं। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "बोशिया" स्वयं इसमें व्याख्या का निर्णय और सत्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन का प्रस्ताव या अनुमति का निवेदन



AGREEMENT by HOSPITAL (STATION 02 1001)

By affixing here-under, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

By affixing hereunder, signature of our authorized Signatory for recommending this case for assistance, we, the 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.

Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the basis of the recommendation of Koshika Foundation is only financial in nature. Hence, the Hospital will

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.

हमारी अधिकृत, इकाधारी थी और वे समस्त/एक ही को "कोशिका फायनेंसिंग" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अमरपाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा जाता है।
1) यह कि मैं तो कोशिया और मैं ही अधिकृत में वित्तिय सहायता किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐसी/व्यक्ति से लेने या ले लें हूँ है, जैसे कि हमने "कोशिका फायनेंसिंग" से सिफारिश/विधि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा लिये हेतु कि है। यदि "कोशिका फायनेंसिंग" द्वारा सहायता बिना अधिकृत/संस्था हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अमरपाल किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस तथ्य में स्पष्ट कहा जाता है कि अमरपाल वित्तिय पर उक्त ऐसी/व्यक्ति हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका कायन्दोल" से भी यह सिद्धांत संचालित प्रकृति की है। रोटी का हजमना हुआ ही यह अन्न का बिंदु गले उपवास/अन्न का पुनर्गठन रोटी एवं हजमना की रोटी का बिंदु है और "कोशिका कायन्दोल" द्वारा किसी प्रजाति का कोई दायन नहीं है। इसलिए हजमना में रोटी का पुनर्गठन मुक्त और अपने अपने की खरी निम्नोदरी रोटी एवं हजमना की रोटी और "कोशिका" की कोई भुजिका या निम्नोदरी इस प्रकार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Chiranjeevi Charitable Trust)
KMC Reg No: 01/23/2013

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

10/06/22

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Signature of Authorized Signatory)
(A unit of Sri Behar Lal Hospital Trust)
Unit Thinner at Requested Addressed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयदीप ठाकुर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप खन्ना 2

Exchanged

icr