

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. : N/0622/0542
आवेदन संख्या :APPLICATION DATE : 10/06/22
आवेदन तिथिNAME of APPLICANT : Siddaiah
आवेदन का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME : S/o Late Ramaiah
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#28, Sattasamanahalli Honnavalli Hobli
Tiptur Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

PREOP Postop
0542 SiddaiahOCCUPATION : Coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. : स्थाई आयदा 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
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 आवेदन के साथ सम्बंध
1	Nagarathamma	26	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुकी 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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DBCS	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 कह रहा हूँ कि इस प्रत्येक में रिक्त गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर यकीनपूर्वक कह रहा हूँ कि "उद्देश्य" के अनुसार, जो मेरी जानकारी में है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या इस प्रत्येक की पूर्ति के लिए, उस विवरण का उपयोग या प्रत्येक किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं करता हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

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

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओंठों की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टी" को अधिकृत प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कॉशिका" एनएम ज्यूरिस्ट, दान, वाचना/वा दुरुपे उपयोग में दुही गतिविधियों और गतिविधियों को लिखे किया की इसका उपयोग में प्रसारित करने की लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण की प्रत्यक्ष को पहले या बाद में करने की लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व ज्यूरिस्ट अधिकृत है।

2) मैं (अर्श्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रश्न में शामिल है गुरु ज्यूरिस्ट, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कॉशिका" एनएम ज्यूरिस्टों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका मत हमारे लिए 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
- 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.

इससे अधिकृत, इसकाहरी को ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमकाहल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारा और न ही अधिकृत व वित्तीय सहायता किसी भी साझारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से इसकाहरी/रोगी से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विधि। इसकाहरी संस्थान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सिफारिश/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमकाहल किसी अन्य भी साझारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि हमकाहल सिफारिश प्राप्त इसकाहरी/रोगी को किसी भी साझारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेने/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने/लेने सहायता संस्थान वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमकाहल द्वारा ही लेने/लेने सहायता या किसी अन्य सहायता/सिफारिश का चुनाव रोगी एवं हमकाहल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमकाहल में रोगी के इलाज सुझाव और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमकाहल को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी हमकाहल में नहीं होती।

इन्दीवरी के लिए संस्तुति

10/6/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreechakra Eye Care Trust)
Mysore, India - 575 001

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Agency and Signatory)
(A unit of Sri Lanka Red Cross Society)
14/02/2020 Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्यथा उपपन्नं हि

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: _____

Exchanged

2018