

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0550

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chinnamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

70

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Bellaiiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Kothabavadi Gundlupete Taluku Channarayana

district Karnataka PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आप का आय प्रमाण)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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
1	Chandrabharth	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदौक्या कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया 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	ORCS	2,000/-



Post op 0560 Post op Chinnamma

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 प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता "की" के लिए "उद्देश्य" के रूप में दे रहा हूँ। इसका उपयोग उद्देश्य के उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता को प्राप्त करने की नहीं हूँ। अब यदि का उद्देश्य या सहायता किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या तो लिया है और या हो भविष्य में होगा।

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 का अर्थ है कि आप अपने नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके "उद्देश्य" के लिए सहायता की आवश्यकता को दर्शाते हैं। इस "उद्देश्य" के लिए सहायता की आवश्यकता को दर्शाते हैं कि आप "कॉशिका फाउंडेशन" को सहायता की आवश्यकता को दर्शाते हैं।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करके "उद्देश्य" के लिए सहायता की आवश्यकता को दर्शाते हैं कि आप "कॉशिका फाउंडेशन" को सहायता की आवश्यकता को दर्शाते हैं।

आपका नाम: _____



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.

हमारे अधिकृत, हमसहरी की ओर से समर्थनार्थी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसहता) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमसहता और न ही यहियम में वित्तीय सहायता किसी और सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोग्या से लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विषयी उक्त सं समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नी स्वीकार/मरदल हेतु मन्दुर नही किया जाता है तो हमसहता किसी अन्य और सारकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इस पृष्ठ में जगद कहा जाता है कि हमसहता वित्तीय मरद उक्त रोगी/रोग्या हेतु किसी और सारकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रदुति की है। रोगी या हमसहता द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचय रोगी एवं हमसहता सं बीच का नियम है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकत नही है। इसलिये हमसहता में रोगी की इरादत सुरक्षा और अपने जाने की मरदी सिम्बेदगी रोगी एवं हमसहता की होती और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नही होती।

मन्वीकृती के लिए व्यंग्य

14/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
KMC, Red No - 81123

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreebha Eye Care Trust)
8/54, Thimmaiah Road, Malar, Tanjore District
Tamil Nadu - 612 005

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपरेखा है

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इलाहा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE: 10/10/2017

Exempel

Self