

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0553

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Devamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Basavarajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bammahalli Gundlupete taluk Chamrajnagar

District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश्या के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Rajin Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रिंट संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किए गए विनति 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 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 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/-

Pre op
0553Post op
Devamma

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में रिश्वत संबंधी विचारों से अलग रूप से नहीं है। यदि कोई विचार एक कारण अलग पाया जाता है तो मेरी गवाहता निरस्त की जा सकती है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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) वे (आलेखक) इस बात से सहमत हैं कि वेद नम, जल, कोटि और विचारण को कि मर्यादा के उद्देश्यों से प्रयुक्त है। मर्यादा का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोटिका" एकात्मक न्यायियों का विरोध और बाधकारी होता।

अन्यथा नो भवताम् एतान् अन्तेषां विचारान्



By affixing her/his signature, 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 अधिकांश, हमलवाही की ओर से परामर्शदाताओं को "कोशिका 'उदात्त'करण" से विविध बहालगत हेतु सिफारिश भी जाती है, जिसे हम (हमलवाही) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो संसदा और न ही अधिनियम में विहित सभाया किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थापना से उक्त टोपी/पायन में होने या न हो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिफ्टिंग/किरीय उक्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सभाया विनियम कोशिका-संस्था हेतु प्रयुक्त नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सभाया होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल विशेष पदर उक्त टोपी/पायन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से भी यह सभाया संस्था विनियम प्रकृति की है: टोपी या हस्तगत द्वारा दो गई सभाया या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरी एवं हस्तगत की बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी इकाय का कोई उपाय नहीं है। इसीलिए हस्तगत में टोपी को हस्तगत सुचारु और जाने जाने की सभी जिम्मेदारी टोपी एवं हस्तगत की होती और "कोशिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

संस्कृत के लिए संस्कृति

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 Ref No - 81123

(Name, Designation & Stamp of authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A Unit of Sri Lanka Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपप्लेन में

SIGNATURE of TRUSTEE 1
व्यासो इन्द्रधरा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Exchanged

Self