

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0622/0560

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/06/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gopamma

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

64

SEX (लिंग)

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Govindashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान आवासीय पता)

Vaddanahosahalli Gundlupete Taluku Chamrayangudi
District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre OP
0560Post OP
Gopamma

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 मान्य हो उस पर 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों से जुड़े की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
1	DR 9
1	Diagnosis
	RE-Cataract
	LE-Cataract
2	Surgery
	LE-Cataract + pinal

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो 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 कतार है कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं बयान असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्रदान की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं यहाँ कतार है कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नों को पूरा है, उस सहायता का उपयोग या वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में से हो लिया है और नहीं किया गया 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.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार होना चाहिए कि जहाँ जहाँ 'अधिकांश' अपनी सन्धियों की पूर्ति करते हैं एवं 'कोशिका' काटने और उनमें 'न्यूक्लिय' को अधिकृत करते हैं कि जो नम, वात, पौधों और जो विभाग इस प्रश्न में शामिल है, उसे 'कोशिका' एक नम, वात, वायुमय दूसरी उद्देश्य में तुड़ी प्रतिनिधित्व जो उपस्थिति में लिये किन्हीं दो प्रकाश मध्यम में उपस्थित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विभाग जो प्रकाश के प्रकाश के रूप में करने के लिए 'कोशिका' काटने और नम, वात, वायुमय अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH WITH REPORT)

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.

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतर में विहित महापक्ष किसी एक साक्षरी सम्मेलन या किसी अन्य स्तरों से उक्त ऐतिहासिकों में से कोई एक ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" में विशालीश/किसी उक्त को सम्मेलन में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष किसी अधिक/समस्त हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो सम्मेलन किसी अन्य एक साक्षरी सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन किसी स्तर उक्त ऐतिहासिकों हेतु किसी एक साक्षरी सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन से नहीं लेता/लेती।

2. "कॉलिका पराबंदन" से तो लंबे समय तक बचल बचल प्रकृति की है। तोरी पर हमसाल इतने ही लंबे समय तक बचने लगे उपचार/प्रक्रिया का सुत्र तो एव हमसाल को बीच का बिंदु है और "कॉलिका पराबंदन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हमसाल में तोरी को इतना सुखा और जले जाने की सारी जिम्मेदारी तोरी एव हमसाल की सारी और "कॉलिका" को कोई धुपिका या विस्फोट तो प्रत्येक में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

14/06/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shalada Eye Care Trust)
KMC, Rayachoti, 591123

(Name, Designation, & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Shree Mahila Sahakari Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयश्री कपडगा २

10.03.2022