

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. : N/0822/0572

APPLICATION DATE : 12/6/22

NAME of APPLICANT : Mari Ningamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Nanjundiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
D. Halligeru, Kappa Hobli, Maddur Taluku
Mandya District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 20000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आय का प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू 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 आवेदक के साथ सम्बंध

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 Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गढ़े किसी 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 RE Cataract + PCIC

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 लगे गई सहायता राशी
①	DBTS	2000/-

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 बताना हूँ कि इस प्रत्येक में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस को सहायता एवम् "कार्यिका परामर्श", में लगे जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रत्येक की गई है, उस एवम् का अधिक या अधिक विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्धारक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/print-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.

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.

3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उन्हें "कोशिका" एजन्स्य, पत्र, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गैलरी/चर्चा और उपस्थितिओं के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत है। वे इस बात का विचार करें इतना ही जानें या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत हैं।

4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि भेद नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापुरुष के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण सत्य, तथ्यात्मक और हकदार नहीं बल्कि। इस संबंध में "कोशिका" एजन्स्य उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आविर्भाव को समझना या अंगुली का निशान



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, इसकाठी की ओर से प्राप्त/प्राप्त की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो हमें और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी साझसी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सके या हो रहे हैं, जबकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से निवेदन/निवेदन प्राप्त की संस्था में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य भी साझसी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम सुनिश्चित करते हैं कि हमें सहायता वित्तीय मदद प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी साझसी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। मेरी या हमें सहायता प्राप्त की गई प्रकृति या किन्हीं अन्य उपकरण/उपकरण का चुनाव मेरी एवं हमें सहायता से मेरे का किया है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमें सहायता से मेरी के इलाज सुचारु और अपने काम की सटीक विधेयता मेरी एवं हमें सहायता से मेरी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

म्यथीबुली के लिए संस्तुति

12/6/22

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

(Name of Signatory)
(A unit of Shalada Eye Care Trust)
18/A, Thiruvalluvar Road, Miller Park Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राप्तकर्ता 2

Exempel

2020