

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

N/0622/0571

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

14/6/22

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Sampathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

Venkataiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D Malligere, Kappa Hobli Maddur Taluk Mandya District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
OSTI Sampathamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home maker

MARKED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

25000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वोच्च खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Krishna	36	M	Son
②	Venkataiah	70	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मारे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis PE LE Cataract Cataract
②	Surgery PE Cataract + PCINL

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	DBES	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 कबल ही कि इस प्रमाण पत्र में मेरे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी दावा की सहायता एवम् "अर्थव्यवस्था सहायता", मेरी ही होनी चाहिए। इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में धरा गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल ही कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण पत्र भरा है, उस सहायता का अंशिक या संपूर्ण किस्सा किसी विदेशी अथवा स्थानीय/व्यवसायिक/व्यवसायीक कम्पनी में न हो 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/post-spread/produce 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 उद्यम का अपने इलाका या प्रदेश की जाय सफलता में (आवेदक) अपनी सहभागिता की पुष्टि करता है एवं "कोशिका पाठशाला और उसके न्यायी" को अधिभूत करता है कि मेरा नाम, पता, पते और जो विवरण इस प्रश्न में अधिभूत है, उसे "कोशिका" एकत्र न्यायी, सच, सार्वजनिक दुर्मुख उद्देश्य में जुड़ी परिधिधियों और उपलब्धियों में लाने बिना भी इसमें सम्मेलन में प्रवेश करने की लिए अधिभूत है। मेरे उद्यम का विवरण मेरे इलाके के पत्रों या कार्ड में करने की लिए "कोशिका पाठशाला" में न्यायी अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है जुड़े सच, सार्वजनिक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकत्र उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और अधिभूत होता।

आदिपुत्र के इलाका का अंग्रेजों का विजय



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हमारी ओर से समर्थन/प्रीति को "कोविड फाउन्डेशन" में स्थिति बढ़ाना हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से धन व सेवाएं करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उच्च होती-पावनी में होने या तो रहे है, जैसा कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विधिविचारविमर्श करने के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बतल हेतु कि है: यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधित अधिकाधिकारक हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो असमान किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में सन्देह कहा जाता है कि असमान विधीय पर उच्च होती-पावनी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।

[illegible]

पञ्चीकाली श्री विष्णु संभवति

122 | 6 | 22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Nitesh Dr. B. Nagesh & Eye Camp)
(A unit of Sri Aradhana Eye Care Trust)

(Name of the Signatory)
(A unit of Shree Eye Care Trust)
16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

KMAC REG NO - 81123

CMC Reg No - 81123
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपकरणे ही

प्राप्त करेगा।

अध्यायी २

Exemplar

2020