

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0723/0649

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

7/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Siddamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

W/o Mallaiiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dasihalli, Mayasambara Hobli

Tumkur Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



pre op post op

0649 Siddamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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
	shivarajammaiah	40	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्तित 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
	Diagnosis RE cataract
	LE cataract
	Surgeon RE cataract + p.c.i.o.l

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 ली गई सहायता राशि
	DBCS	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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विषयों में मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापत्र गति "कौशिक फाउन्डेशन" में ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में बता गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस महापत्र में मैंने जो दावे की गयी है, उस गति का अतिशय या अधिक हिस्सा किसी अन्य प्राणी/पौधा/जीव/कोशिका कम्पनी से न ली गया है और न ही अधिक में ली है।

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/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.

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 उत्तरने इसलिये का अर्थ है कि छात्र लक्ष्यका, मैं (अर्थात्) अपनी महसूसी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाटने/टूटने और उसके न्यूनीकरण" को अधिकृत करता हूँ कि वेग-सा, वह, फोटी और जो विवरण इस प्रश्न में वर्णित है, उसे "कोशिका" एवं न्यूनीकरण, एवं, वास्तविक दुर्घटना इत्यादि से जुड़ी तथ्यावली और उपलब्धियों को निर्णय किन्हीं की प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण जो इसलिये कहने का मत है करने के लिए "कोशिका फाटने/टूटने" का न्यूनीकरण है।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वेग-सा, वह, फोटी और विवरण जो कि इसलिये का उद्देश्य से वर्णित है मुझे स्वतः महसूस का हकका नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यूनीकरण का निर्णय अतिरिक्त और वास्तविक होना।

आमंत्रित होकर प्रवेश करने का विधान



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.

1.) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जिसिय महाप्राप्त किसी और साकारों सम्बन्ध या किसी अन्य स्वरूप से उक्त टोपी/घामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टरपॉइंट" से निकाली/निकाली उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टरपॉइंट" द्वारा स्पष्ट हो चुका है। यदि "कोशिका काउन्टरपॉइंट" द्वारा महाप्राप्त जिसिय अतिरिक्त/सम्बन्ध हो पाने/पाने की कल्पना जाता है तो अत्यन्त किन्हीं अन्य और साकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन से महाप्राप्त लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्तानु विद्विष्य पर उक्त टोपी/घामने हो चुकी है।

2. "कार्तिका काउन्सेल" में भी यह सहायता संकेत विधित प्रकृति की है। रोगी या हम्पटल द्वारा दी गई सलाह या किसी गये उपचार/प्रक्रिया का सुचय रोगी एवं हम्पटल के बीच का विषय है और "कार्तिका काउन्सेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हम्पटल में रोगी के इलाज सुझा और उसे करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हम्पटल की होती और "कार्तिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

7/7/23

Dr. Laxmi Dorennagar
MBBS, MS, FRCR, FICD
Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Cons. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

Mr. Lakshmi Pathil N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम: वृ. एड. हसनबाल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो कस्तामा ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थायी हस्ताक्षर 2

Scanned with CamScanner