

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : B1062410667APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 12/6/24NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Krishnegowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Nanje Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hulikal,

Kamathur post, Dabbehatta

Hobali

Tumkur Taluk, Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

- 4 -

pre OP PostOP
0667 Krishnegowda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई आयकर 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 लगायें)

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 विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) गुणवत्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती 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 + PCICL

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 ली गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 शपथ करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता मेरी प्रार्थना का उद्देश्य "कौशलिक फाउन्डेशन", मेरी सी. का सही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रार्थना की राशि नहीं ले रहा हूँ। मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रार्थना की राशि नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1671)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.
- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्यों में जुड़ी गतिविधियों और वित्तियनों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि माध्यम के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह अपने न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेक के प्रमाण से अंगरे का विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

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.

इससे अधिकतम शुद्धांशों की ओर से घाबले-लेगी को "कोशिका फायनोसिस" से प्रेरित कराया हेतु विचारों की जाती है, जिसे ह्यू (हमपलट) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो साक्षर और न ही अक्षर्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य निकाय से उम्मा रोटी/घमले में भरी या ले गई है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से निराश्रित/विधिवत उम्मा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवत अतिरिक्त/कमाल हो मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः विविध मरद उम्मा रोटी/घमले में हो किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेया/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल विविध उद्भूति की है। रोटी पर हमलात द्वारा ले गई सहायता या किसी गये उपचार/इकित का सुसाव रोटी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उम्मा का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमलात में रोटी के इलाक सुखा और अने जाने की गरी विमोहारी रोटी एवं हमलात की रोटी और "कोशिका" की कोई भविष्य या विमोहारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive Surgery
(Stamp)
KMG No. 962

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sri Ramakrishna Hospital)
1604
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
गुगल पर हमला हुआ अधिकतम अधिकतम
Blank Bed

नमः व पद हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासोऽमृतोत्तरः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्याग्दी जिल्लाको २