

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

B/0723/0668

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

7/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Bhairappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/O Shankesalinga Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवास का पता

Anadagur

doddashelbikere post

Tumkur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

Same as above.



pre op

post op

0668 Bhairappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

coalie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

उ. आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 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
①	kempamma	50	F	wife
②	Naveen Kumar	24	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गये विवक्षित 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 + P.I.O.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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/-

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.

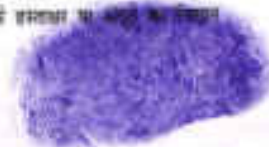
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में गिने गए सभी विषयों में मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापण शिथिल की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापण प्रति "कोलिका फाउन्डेशन", में लगे जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में क्या गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस महापण हेतु यह प्रश्नपत्र की गई है, उस प्रति का अधिक या समकाल विमर्श किसी अन्य को-प्रियोजक-बीम कम्पनी में न हो लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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.

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में पेशा है, उसे "कोशिका" एवर न्यायो, दाव, वाचकका दूरी उद्घरण में जुड़ी प्रतिनिधियों और उपनिधियों के लिये किसी भी इसा सम्पत्ति में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या पक्षों के लिये "कोशिका काउंटिंग" में न्यायो अधिकृत है।

आगे बढ़ते हैं तो हमें यह भी ध्यान रखना पड़ेगा कि हमारे पास क्या-क्या है।



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.

in the matter

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतम यह विधिवे संस्थागत किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोगी/घायलों से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" में निम्नलिखित/विधिवे उक्त से सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा संस्थागत विनित अधिकांश/सकाम हेतु मरदु नहीं विधिवे जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/घायलों हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना-लेगी।

2. "कॉलिका पाइण्डेनल" से तो नई भावनाएं बनकर बिलिख उभरती हैं। रोनी या हसपान द्वारा दी गई कला या किये गये उपचार/क्रिया का चुनाव रोनी एक हसपान से सोच का विषय है और "कॉलिका पाइण्डेनल" द्वारा किये प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसलिए हसपान में रोनी के इनका सुझा और जाने जाने को लगी जिम्मेदारी रोनी एवं हसपान की होती और "कॉलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
जिरोश को जाम

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

नाम डॉ. & रेजि. नं. सह स्टाम्प

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of hospital)
15/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामही हस्ताक्षर : 2

Exempel

2028