

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0624/0693

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/6/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Madamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Neeli Siddhiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sailjalapur, Kinnigavale Hobli, Mallawalli Taluk, Mandya, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Sailjalapur, Kinnigavale Hobli, Mallawalli Taluk, Mandya, Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खात संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मध्य हो उस पर सही का निशान 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
①	Neeli Siddhiah	69	M	Husband
②	Tindra	36	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नोच प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य 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 विनति 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 + PCOL

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 राशी
3	DBCS	2000/-



RUDP 1050P

0693 Madamma

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.

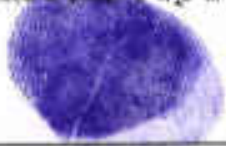
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहायक निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो साहाय्य राशि "कौशिक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य फ़ौंडेशन/व्यक्ति/संस्थान/कर्मचारी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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/puf-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 उत्तर इसप्रकार या अंग्रेजी की भाषा में देकर, मैं (अवेकक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्टेजेशन और उसके व्यापारों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोत्साहित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राज, राजनगर इसी उद्देश्य से जहाँ प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का उत्तर मेरे प्रश्न के पक्षों या पक्षों से करने के लिए "कोशिका कार्टेजेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के इलाक़ा या अंगरेज़ी का निज़ाम



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.

कला: अधिकांश कलाकारों को और से सम्बन्धितों को "कॉलेजियल प्रोफेसर" से विभिन्न प्रकार का रंग मिलता है। जिसे हम (हमारे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वसतन और न ही वसिष्ठ में विविध सहायता किसी गैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य शरीर से उठा लेनी/पावनी में लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेरन" से सिद्धांत/विधि उठा के संस्था में "कोशिका काउन्टेरन" ड्राइवर लेने कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरन" ड्राइव सहायता विधि अतिरिक्त/सहायक लेने मन्तु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उठा लेनी/पावनी लेने किसी गैर साक्षारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टेरन" से लेनी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। लेनी पर अस्पताल ड्राइव लेनी सहाय या किये गये उपचार/क्रिया का पुनर्ले लेनी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेरन" ड्राइव किसी प्रकार का कोई दवाय नही है। इसलिए अस्पताल में लेनी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सली बिम्बेदारी लेनी एवं अस्पताल की लेनी और "कोशिका" की कोई पक्का या बिम्बेदारी इस सहाय में नहीं लेनी।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Mr. Lakshmi pathi N

13/6/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Neurology & Neurophysiology)
Consultant Neurologist & Neurophysiologist
हॉस्पिटल, नवी मुंबई, महाराष्ट्र, भारत

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नम व ए इस्पताल अधिकृत अधिकारी

आन्तरिक तथ्ययोग हेतु

न्याय्यो ह्यस्य ।

सामाजिक कल्याण २

Erasmus

2020