

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

N/0722/0706

APPLICATION DATE :

8/07/22

NAME of APPLICANT :

Nagabaju BN

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

c/o V.K Nanjappa

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Mayasandra post tusvekere taluku Tumkur
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pre op Post op
0706 Nagabaju BN

OCCUPATION :

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

32,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

Yes / No

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

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 सम्बंध
1	Gagana BN	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रोजा के नीचे 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय 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	Stargessy RE-Cataract + Priol

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 सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2,000/-

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 क़रीब कहता हूँ कि इस सहाय्य से लिये गये सभी ख़र्चों पर मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई ख़र्च सत्य एवं सही नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात पर यकीन करता हूँ कि "कोशिका फ़ाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस सहाय्य में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर क़रीब कहता हूँ कि इस सहायता से मुझे या मेरे परिवार के किसी भी सदस्य को, इस सहाय्य का उपयोग या ख़र्च किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लिये जाये और न ही भविष्य में लिये जाये।

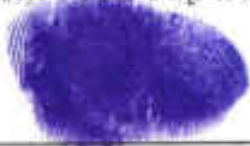
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, दान, धारक/प्राप्त करने वाले इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इलाज के चलते या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण तो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयुक्त है पूर्ण सतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आचार्य डॉ. इन्द्रधर या अंग्रेज़ी का विभाग



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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षरों के द्वारा हमें Koshika Foundation से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "Koshika Foundation" से सिफारिश/मिती उक्त व संस्थान "Koshika Foundation" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "Koshika Foundation" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/अन्य हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।
2. "Koshika Foundation" से लेने गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमself द्वारा ले गई सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself को बीच का विषय है और "Koshika Foundation" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमself में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself को होगी और "Koshika" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

8/7/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regd No. with Stamp)
(A unit of Shree Datta Eye Care)
K.M. Road No. 87123

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
on behalf of Hospital)
S/M. Thirumalaiah Reddy Medical Bed Area
Siddhanta Eye Care Hospital, Hyderabad

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यामी इस्तेफार ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यासो हस्ताक्षर 2

2022