

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0723/0167

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Nilamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

L/O Varadaraju Shetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Handley Haddur taluk Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

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):

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध
1	Varadaraju Shetty	76	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) इपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये निवेदन 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 RE 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 लेई गई सहायता राशि
1	DSCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की

- 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 यथार्थता के साथ यह प्रमाणित करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी लगातार सहायता को खत्म कर दिया जाएगा।
- 2) मैं यहाँ जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद प्रत्यक्ष की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ प्रमाणित करता हूँ कि इस सहायता प्राप्त पत्र प्राप्त होने के बाद, इस राशि का अतिरिक्त या समकालीन किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (शरीरक इति वक्ति)

- 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/post-up/republish 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 जवाब इसलिए या अंग्रेजी को ज्ञान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्थायित्व को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में प्रदान है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनात्मक हमारे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इलाज के प्रकार या क्या मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रदान है पूर्ण सत्य, सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपेक्षाकृत अधिक प्रचलित है। अतः इसका नियंत्रण



AGREEMENT BY HOSPITAL (FACILITY ID# 000000)

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.

इसका अधिकार, इन्साफ़ी को और से मामले/रीज़ी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलीन महापक्ष हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमेशाएल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विविध महापक्ष किसी भी संसदीय संस्था या किसी अन्य संसदीय उपाय के माध्यम से एक ही-संघर्ष में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका काउन्सिल" में निराशा/विपरीत उपाय के माध्यम से "कोलिका काउन्सिल" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कोलिका काउन्सिल" द्वारा महापक्ष विपरीत अधिकांश/मरद हो, तब तो किता जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य या संसदीय संस्था या किसी अन्य संस्था में महापक्ष लेने का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इन दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता द्वारा मरद उपाय के माध्यम से किसी भी संसदीय संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेता-लेती।
- 2) "कोलिका काउन्सिल" में लगे हैं महापक्ष केवल विविध प्रकृति की हैं। सभी या हमेशा द्वारा ही गई संसदीय या किसी भी उपाय/प्रक्रिया का सुपक्ष सभी एवं हमेशा के बीच का विषय है और "कोलिका काउन्सिल" द्वारा किसी उपाय का कोई उपाय नहीं है। इसलिए हमेशा में सभी के द्वारा सुनिश्चित और जाने की सभी विपरीत सभी एवं हमेशा की सभी और "कोलिका" की कोई अधिकांश या विपरीत इस संघर्ष में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वच्छता के लिए संकल्प

Date of Surgery
 तिथि: मास: वर्ष:

संपर्क: ०२०-२५२५२५२५

10/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
Consultant of Dr. & Assoc. No. with Stamp

इसके अलावा, इसका उपयोग 24x7 न

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Government of India, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रिय उपस्थिति हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमो हास्यान्ना ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तगणना १

Self