

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

3/0723/0772

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Shivalingamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

L/o Mariyaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chikkonahalli
Karnataka

Maddur

Taluk

Hassan

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)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप कर देता 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

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) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंधन सूची संलग्न
1	Diagnosis / RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-



Preop Postop
0772 Shivalingamma

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.

- for which this assistance is requested.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार में विवेचन सभी विकास में ही जानकारी के अनुसार प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विकास एवं कथन असत्य पाया जाता है तो सभी महापौर निम्न की जा सकती है।
 - 2) मैं इसी के महापौर एन "कोरिफिका फोरमेशन" में ली जा रही है, इसका उपयोग सभी उद्देश्य को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में था गया है।
 - 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस महापौर को यह प्रश्न की गई है, उस एन का अधिकार या सकता है कि किसी अन्य को-पैरिफेरिकल/थीमा कन्सर्न में न ले लिया है और न ही भविष्य में सुनि।

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/print/upload/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 fulfilment 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न पर अपने इशारा या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इन प्रश्नों में शामिल है, उसे "कोशिका" प्रकल्प ज्वारी, दान, वाचनालय दुसरे उद्देश्यों से जुड़ी पहचानियाँ और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण से इनकार को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्वारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि योग्य नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इन्कार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रकल्प उनके निर्णयों का निर्णायक और बाध्यकारी होगा।

आवेक के हमारा या अंगरे का निजम



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/cases 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 अधिकृत, हमारी ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो हमself और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनंति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनंति अंशिक/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमself किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी प्रकार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
- 2- "कोशिका फाउंडेशन" से लेने एवं सहायता केवल वित्तीय इच्छा की है। रोगी या हमself द्वारा दी गई सलाह या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself का बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमself हमself रोगी के इलाज मुफ्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारियां रोगी एवं हमself को होती हैं और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संमति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Paediatric & Neonatology

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

ज्ञानैरिह उपयोगः हेतुः

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Exempel

lieve