

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0723/0783

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/1/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

thuchaiah

AGE-YEARS आयु वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/कन्या का नाम

S/o Boregowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Samarahalli Harbura taluk Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

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

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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 सम्बन्ध
1	Alingamma	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis PE 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 लेई गई सहायता राशी
1	BJRC	2000/-



preop postop
0783 thuchaiah

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 शोकपूर्वक कहता हूँ कि इस प्रश्नावली में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अलग-अलग पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात का सहायक प्रति "कोशिका फाउण्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद इंतजार की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्नावली में धरा गया है।

3) मैं यहाँ कहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नावली को भरा है, उस राशि का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या तो लिया है और वही भविष्य में लीया

f) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pu/ 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 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 in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी गवाही की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" का अधिकृत करता हूँ कि वे। नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एकम् न्यायी, दान, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तबिये किसी भी प्रकार व्यथाम से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में हस्ताक्षर करने या छाप में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2. मैं (आवेष्टक) इस बात से संतुष्ट हूँ कि आप आम, पस, फोटी और विवरण जो कि संशोधन के प्रदर्शनों में प्रकटित हैं पूर्ण सत्य, संशोधन का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉन्ट्रिब्यूट" शब्द उसको व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अनिवार्य होगा।

अधिकांश के राजाओं का अंगरेजों का नियंत्रण



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

इसका अधिकतम उपयोग करने के लिए आप इसे अपने "कॉलेज फायरड्रेस" में जला सकते हैं। यह एक अच्छा तरीका है, जिसे हम (हमारे पास) सिर्फ प्रकाश के माध्यम से नहीं देख सकते हैं।

1.) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य स्तरों से उक्त गैरीन्पमन में लेने या ले रही है, जैसा कि हमने "कोईसा फाउन्डेशन" में निराकरण/विमर्श उक्त में सम्बन्ध में "कोईसा फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोईसा फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/अन्य हेतु स्पष्ट नहीं किया जात है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्धन में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पष्टता विहित स्पष्ट उक्त गैरीन्पमन हेतु किसी भी सरकारों सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका चारटेशन" से तो वह संशयित संसार विविध प्रकृति को है। ऐसी या सम्भवतः इसी ही गई अन्तर्गत या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रारम्भ ऐसी एवं सम्भवतः संसार का विषय है और "कोशिका चारटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सम्भवतः ये ऐसी के अन्तर्गत प्रकृति और अपने अपने को सारी विभिन्नता ऐसी एवं सम्भवतः को होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या विभिन्नता इस मामले में नहीं होती।

स्वीडिश ऑलिव वॉल्यूम

19/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
Consultant - Plastic Surgeon
EMC No. 90244

Dr. Lakshminipathi N.
Manager Outreach
Unit for Diabetes & Eye Care
re. Designation & Stamp of Author
Unit of Skandha & Sankar
on behalf of the Institution

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Srirangapatna District Milk Producers' Cooperative Societies Union Ltd.)
M. Thimmaiah
Secretary, Srirangapatna Milk Producers' Cooperative Societies Union Ltd.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

ज्यामी हस्तधारा ।

ज्यामोई हाजराबाद २

Exempel

212