

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0423/0784

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/7/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Shankarappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/हस्ताक्षर का नाम

S/o Kulumbe Kariyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Koppa Mandya taluk Mandya
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी 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. स्थायी आयदा 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

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 सम्बन्ध
1)	Sushagya	50	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RT Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया 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/-



pre op postop
0784 Shankarappa

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 कबल यह कि इस प्रमाण पत्र पर दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कबल अलग भ्रम का है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कौशलिक प्रशिक्षण" से ली जा रही है, इसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में था।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैं इस सहायता से न किसी भी अन्य स्रोत से न तो पूर्णतः या कबल किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/post-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 दृष्टि पर अपने हस्ताक्षर जो अंग्रेजी की साथ लगाया, मैं (असहचर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोपा" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दृष्टि में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बु न्यायो, दान, वाचनाय हमारे उद्देश्य में जुड़ी प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे दृष्टि का विवरण को हस्ताक्षर करने या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायो अधिकृत है।

2) मैं (जबकि) तुम जानते संभव है कि मैं क्या क्या, छोटी और बिलाल को कि, लतामल को उद्देश्यों में शामिल है मुझे लगता, संभवता का हकका नहीं करता। इस सम्बंध में "कर्मिका" तथा उसके व्यक्तियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

आपके पास है: **बुद्धिमान** के अंशों का निदान



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 अधिकतम, हमलाओं की ओर से सामंती-राजी की "कॉन्सिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (इम्पेडल) बिना प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न ही व्यक्तिगत और न ही व्यक्तिगत में व्यक्तिगत महापुरुष किसी भी शास्त्रीय संस्था या किसी अन्य संस्था में उच्च श्रेणी/स्तरों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठशाला" में विभागीय/व्यक्तिगत उच्च को संभव है "कोशिका पाठशाला" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठशाला" द्वारा महापुरुष व्यक्तिगत व्यक्तिगत/व्यक्तिगत हेतु मंदर नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी शास्त्रीय संस्था या किसी अन्य संस्था में महापुरुष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा द्वितीय मंदर उच्च श्रेणी/स्तरों हेतु किसी भी शास्त्रीय संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से तो यह सारापन अवगत किया जा चुका है। तोपी या इन्फेक्शन द्वारा ही यह संभव था किने लगे उपचार/प्रक्रिया का सुख तोपी एवं इन्फेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई रस्ता नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में तोपी के प्रभाव सुख और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी तोपी एवं इन्फेक्शन की होती है। "कोशिका" को कोई धर्मिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

संजीवनी का लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

19/7/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant in Plastic & Reconstructive
Surgery
KMC No. 152344

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Specialized Diabetes Care & Education
at a Hospital)
S.M. Thiruvengud Road, under Park Road Area
with a valid Government Hospital)

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौलिकता

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३

Befund:

here