

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0723/0785

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

19/4/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Suresh N

AGE-YEARS आयु-वर्ष

44

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

S/o Lingachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yadavaballi Maddur taluk

Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

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

क्या आप आय का 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 सम्बंध
1	Lalakshe	33	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) रूपांशुका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंति 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 + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गये हो?

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

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.

- 1) मैं सोचता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण घेरी जानकारी को अनुमान सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो घेरी महापता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापता एवम् "कोशिका फाउण्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में था तथा है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि इस महापता एवं यह प्रार्थना की गई है, यह एवम् का जैविक या नैकाल विषय किसी अन्य प्रातःनिदेशक/प्रातः कम्पनी में न हो लिया है और न ही अधिकृत में लीया।

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 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.

- 2.) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और जो विवरण इस प्रश्न में मौजूद है, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण से इनकार को पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 3.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे खत, सहमत का हस्ताक्षर नहीं करना। इस सम्बंध में "कौशिका" एवम् उसके न्यासीयों का लिखित अंतिम और बाध्यकारी होगा।

जावेदाका से हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



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.

इससे अधिकतर, इसकाधारी को और से सम्बन्ध/ऐसे को "कोशिका फोस्फोरिलेशन" से मिलिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिले हय (हमसाया) निम्न प्रकाश से धान्य व अन्योपाय करते है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधित सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य व्यंश से उक्त रोगी/मायने में लेने या ले रही है, जैसा कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" में विषयीकरण/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता विधित अधिकांशकाल हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय में सहायता लेने का अधिकांश सुविधा रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय स्पष्ट उक्त रोगी/मायने हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेता/लेगी।
- 2) "कोशिका काउन्टडाउन" में भी यह सहायता अथवा विधित प्रकृति को है। रोगी या सम्प्रदाय द्वारा दी गई सलाह या विधित तब उपचार/चिकित्सा का चुनाव रोगी एवं सम्प्रदाय के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिये सम्प्रदाय में रोगी के उपचार सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्प्रदाय की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सखीकाली चं विष्णु संस्तुति

19/4/22

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in General Medicine

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Sai Eye Care Trust.)
M. Thirumalaiah Road, Miller Nagar, Red Area

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी इत्यादि ।

Erklärung

प्यासी हस्तक्षर 2

Sc 28