

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0724/0789

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/07/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Basamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

63

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Javaregowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Nenekotte Gundlupet Taluk

Channarayana District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Pre op postop
0789 Basamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते 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	Mallegowda	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 RE Cataract - Left Cataract -
②	Surgery W/ PC IOL PC IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

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

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस यहाँ का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले 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/put-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.

1) इस प्रश्न का अपने इलाखर या अंगरे की छात्र लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहयति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके ग्यामीयों" को अधिभूत करता हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एवम् ग्यामी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रशस्ति करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका काउन्डेशन" व ग्यामी अधिभूत है।

2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ग्यामीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आदेशक को इस्तेमाल का अधिकार का निराकरण



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.

(1) यह कि न तो वॉशिंग और न ही ब्रिक्किंग में किसी सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति को उक्त रंगी/यामले में लेने या ले खंड है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिविलिज/विजिलि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विजिलि जलित/सकल हेतु मजदुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान को सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विजिलि मदद उक्त रंगी/यामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान को नहीं रंगी/यामली।

2. "कोशिका 'आउटडोर'" से ले गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमला होने से पहले या बिना किसी उपचार/प्रक्रिया के खुदसे रोगी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कोशिका 'आउटडोर'" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमला होने से रोगी के अलग सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Quench

Dr. Laxmi Dorennavar
• MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Gynaecology & Obstetrics
KMC No. 00244

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shradha Eye Care Trust.)
18/4, Thirumalaiah Road, 5th Floor, 3rd Stage,
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
on behalf of Hospital)
अथ व पर दायित्व अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इमलखा २

Defenyer

Rich