

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0832/0814

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkateshappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Anantappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Asali AHikunte Verupakshi malabagal to
Kotas district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Diop postop
0814 Venkateshappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Ceele

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित 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 किये गये चिह्नी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	DBCC	2,000/-

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसृत साथ एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निष्पत्ति को खारज कर दिया जायेगा।

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 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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1.) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पणक) अपनी भावना को व्यक्त करता हूँ एक "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रदत्त है, इसे "कोशिका" एकर न्यायोधी, राज, वाक्य/वाक्य द्वारा उद्धरण में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।
- 2.) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्धरणों में प्रदत्त है मुझे स्वतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकर उसके न्यायोधियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपका यह प्रस्ताव हमें अच्छे का विचार



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:

- 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.

हमारे जीवनकाल, हमसफरी की जो राहें सामुद्रिकी की "कॉस्मिक फाइंडिंग" से मिली हैं, भविष्य की राहें हैं, जिसे हम (हमसफरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त लेनी/पाननी में लेने या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका कार्डनोटेशन" में निम्नलिखित/विहित उक्त को सम्बंध में "कोशिका कार्डनोटेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है: यदि "कोशिका कार्डनोटेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकाधिकार हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उक्त लेनी/पाननी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका कार्डनोटेशन" में ले ली गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। रोगी पर इम्पोज़िट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा/हमारे को बीच का विषय है और "कोशिका कार्डनोटेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इम्पोज़िट इम्पोज़िट में रोगी को इलाज सुझा और अपने करने को सही निर्णय/रोगी एवं इम्पोज़िट को सही और "कोशिका" को कोई अधिकार या निर्णय/रोगी इस मामले में नहीं होता।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

4/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर, नाम एवं पंजीकृत नाम

(Name of Designator for State of Authorised Signatory
(A Unit of State of Hospital): Trust)

मानसिक उपचार

व्याख्यानम् ।

Exempel

न्यासी इत्यादि ३

John Doe