

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0318

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kerchamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

w/o Late Boregowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gubbi taluk, Ankalakappa, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
0818 Kerchamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Noolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो भाग हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार का विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Ananda	48	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्न विधियाँ आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न निम्न विधियों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि सुची संलग्न
1	Diagnosis RE - 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 लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT (अभिज्ञापक द्वारा घोषणा)

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न के विषे मैं सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं/अथवा प्रमाण गलत है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीदवार को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लिया जायेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to) with:

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शोधक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके त्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस रूप पर प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्वासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य या कुछ गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे रूप का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या त्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शोधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास है, इसलिए यह भी है कि आप इसे भी जानें।



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल की ओर से)

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 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, हमेशा की ओर से सामंजस्यपूर्ण को "कोलिका फाइनेंस" से विभिन्न महासभा से विचारित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से चयन व स्वीकार करते हैं:

- 1.) यह कि न तो कॉरपोरेशन और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रोत से प्राप्त होती-समाप्त हो लेने या न लेने है, बल्कि कि इनमें "कॉलेज फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/विनिर्गत उक्त में सम्भव में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा भरा हो, कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकार/संस्कार हो, यन्त्रों की किता जात है तो सम्भवतः किसी अन्य या सरकारी श्रोत या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः विशेष मद उक्त ऐसी-स्थान हो, किसी या सरकारी श्रोत या किसी अन्य साधन से नहीं लेता-लेती।
2. "कॉलेज फाउन्डेशन" से जो नई सहायता कोष विविध प्रकृति की हैं। ऐसी या सम्भवतः द्वारा ही नई सहायता या किसी एवं उपचार/अधिकार का सुप्राप्त ऐसी एवं सम्भवतः को कोष का विषय है और "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी में इतना मुश्किल और भले जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्भवतः की होती और "कॉलेज फाउन्डेशन" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

41

5/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Sur-
(Name of OC & Regn. No. with Stamp)
IA and

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अभ्युक्ति, उपपद्यते इति।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों द्वारा ।

नामही हल्लाकर ।

Exempl

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 व्यापी हस्ताक्षर 2

न्यासी हस्तकन २

lieve