

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0832

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Thimma Bove

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Hanuma Bove

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Doddabersanakere Jodeya post, Turuvekere Tq
Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop 0832 Postop Thimma Bove

OCCUPATION :

व्यवसाय

Lodice

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय 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 चिह्न 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 सम्बंध
1	Venkatesh	31	M	Son
2	Hanuma Kumar	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

EPL Card (Attach Card Copy) सही रंग के पीछे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 किसे लक्ष्य बनाने 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 + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किमी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: I/WE DO HEREBY SV

- 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 किसे यह सभी विकास सेरी जानकारी को अनुमान साथ एवं खोजी है। और कोई विकास एवं प्रश्न उत्तरा पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) जो इस को सहायता सेरी "कॉलिका परावर्तित", मे लो का रही है, उसका उपयोग उनी डेटा को पूर्ण को निम्न किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं सोचता हूँ कि किस सहायता इस का उपयोग को नहीं है, उस सेरी का अंतिम या प्रथम विस्तार किसी अन्य सहायता सेरी सहायता में न हो लिया है और न ही अंतिम में सहायता।

AGREEMENT by APPLICANT (continued from page 1)

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

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या आंगूठी की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉलिका काउन्टीशन" और इसकी ग्यारवीं "का अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रविष्ट है, उसे "कॉलिका" प्रत्यक्ष ग्यारवीं, राज, वाचनालय/या दूसरे उद्देश्य से खुदी प्रतिलिपि/और प्रकाशित/और अन्य किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रसारित करने की निम्न अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर में पहले से कहा में करने की निम्न "कॉलिका काउन्टीशन" व ग्यारवीं अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की उद्देश्य से प्रविष्ट है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कॉलिका" प्रत्यक्ष इसकी ग्यारवीं का विशेष अधिकार और संप्रसारण/और प्रकाशित/और अन्य किसी भी प्रकार संप्रसारण से प्रसारित करने की निम्न अधिभूत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिकार विभागों के अधिकारों का विस्तार



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा कबल)

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, इलाखरी की ओर से गायले-टोले को "बोलिया पाउण्डेशन" से मिलियन बहायत लेने कीपारिश को जारी है, जिसे इस (इलाखरी) निम्न प्रकार से गाय १ खरीदने वाले है:

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिनियम में विहित व्यवस्था किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐतिहासिकता में लेने या लेने से है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में निम्नलिखित/विहित उक्त की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा चरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा व्यवस्था विहित अधिकाधिकार हेतु चरण नहीं किया जाता है तो व्यवस्था किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से व्यवस्था लेने का अधिकाधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृति में चरण चला जाता है कि व्यवस्था विहित चरण उक्त ऐतिहासिकता हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।

2. "बॉलिका पाठशाला" से तो कई महापाल ज्वेल किरिय प्रकृति को है। रोणी पर इम्पेडल द्वारा दो वर्ष साल को किये गये उपवास/प्रक्रिया का बुराक रोणी एवं इम्पेडल को बीच का विषय है और "बॉलिका पाठशाला" द्वारा कियो प्रकृति का कोई बुराक नहीं है। इशालिये इम्पेडल में रोणी को इलाक मुझा और ज्ञाने ज्ञाने की सारी विज्येदारी रोणी एवं इम्पेडल को होने और "बॉलिका" को कोई बुराक का विज्येदारी इस वास्तु में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडन के लिए संसद

Date of Surgery
 २०१०-११-२०११

5/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Karnataka Institute of Ophthalmology & Eye Care
(A Unit of Shree Chaitanya Eye Care Trust)
KMC, Dharwad No. 8/123

Mr. Lakshminigathi N

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

સા.પ્ર.સં. ૨૦૧૭-૧૮, રૂ. ૫૦૦ કરોડના અંશરૂપે અધિકારી

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य रूपान्तरण है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो वसुदेव ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Sc 28