

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0853

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Kumara

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Muddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lingaytha beedi naryeduranapura

Chamaranagara karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop
0853Postop
Kumara

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

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 सम्बन्ध
1	Mahesha K	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 किए गए विनती 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 LE - cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: JAMES DO SPENCER IV

- 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 क़ात हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर क़ात हूँ कि "कीटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पता पड़ता है।
- 3) मैं यहाँ पर क़ात हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण को पढ़ा है, उस राशि का अतिरिक्त या अन्वय किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE NEW CD) 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-upreproduce 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1.) इस प्रश्न का उत्तर इसलिए का ज़रूरत है कि आप अपना, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" समूह व्यक्ती, राज, साधक/का द्वारा उद्देश्य में सुदृढ़ गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम में प्रकाशित करने की लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे उत्तर की पहली या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्ती अधिकृत है।
- 2.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्यों के प्रयोग है सुदृढ़ गतः सहमति का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह इसकी व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होय।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

[illegible]

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL USE ONLY)

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.

हमारे अधिकांश हमसफ़री की जात से वापस/गेरी की "बोसिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु भिषगीत की जाती है, जिसे हम (हमसफ़री) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो बर्खास्त और न ही बर्खास्त में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रोत से उक्त ऐसी/यापत्तों में होने या ले ले है, जैसे कि अपने "कोलिका फाउन्डेशन" में निष्पत्ति/विपत्ति उक्त में सम्भव है "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निम्नित अधिक/व्यक्त हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस शर्त में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय चरण उक्त ऐसी/यापत्तों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" में लेी गई सहायता संस्था विहित प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्ति द्वारा लेी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं सम्पत्ति को लेने का विषय है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए सम्पत्ति में ऐसी को इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्पत्ति को लेने और "कोलिका" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस प्रकार से नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11

9/8/22

Dr. Nagesh K. N.
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A) _____

Mr. Lakshmiipathi N.
Member, Council

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit or branch of Hospital))

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इन्दरकर ।

न्यासी इन्द्रधर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यापारी इच्छन्त्या २

10/2/8