

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B10823/0862

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/8/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ramaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

L/o Ramaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

Yadayanahalli Maddur Taluk

Hondya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई राजस्व संख्या

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

या अन्य आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नान लकड़ें)

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 विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिकेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



pre op post op
0862 Ramaiah

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 योजना करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत या झूठ है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहमति पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं यहाँ पर दृढ़ करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस सहायता का उपयोग या समकल हिस्सा किसी अन्य सोशियल/वैयक्तिक/वैयक्तिक कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीजें।

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/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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस द्वारा या अपने हस्ताक्षर या छापों को लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोपे" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एजन्स नामी, प्रा. या कदाचित् दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के निमित्त किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विकरण मेरे हस्ताक्षर या छाप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्य में प्रस्तुत है पूर्णतः सहायक का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजन्स उसके न्यायोपे का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक के इलाका या संगठन का निशान



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.

हमारी अधिभूत, इसराहती की ओर से भूमिपूरी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/प्रतिपत्ति प्राप्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिवाक्यकता हेतु समुचित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरदर प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही यह सहायता या किने लगे उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी में इलाज सुचारु और अपने अपने की गयी विनियमों रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई बुनियाद या किम्पेयरी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Leah

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
10AM, Thiruvannam Road, Anna Park, Anna

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennayar
MBBS, MS, FRCS (H&G)
(Name of Dr. & Regn. No. & Stamp)
Consultant - Plastic & Reconstructive
Surgery
FMC No. 50144

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपस्व्योऽहं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यास्वी चतुर्मास्यारं ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यागी हल्लाकर 2

Ergebnis

10/2/8