

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0823/0869

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/08/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Puttabommamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o shivalingarah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Maddur Taluk Dundanahalli mandya

Karnataka 571429

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

—

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 लगायें)

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)	Shivalingarah	78	M	Husband

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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosis BE 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 हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि
1)	OBCS	2000



pre op post op
0869 Puttabommamma

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में निम्ने एवं सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई हितरक्ष एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी गवाहता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता तालि "कोशिका कटौतीकरण", मे ली जा रही है, उसका उपयोग सती उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में मंगी गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह शर्तना को रद्द है, वह एमि.आ. अतिरिक्त या समस्त किस्म की किसी अन्य श्रोत/निर्देशिका/वीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 तरह ज. अपने हस्ताक्षर से जोरों की छाप लगाकर, मैं (जयदेव) अपनी सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका काउन्सिल और उसके न्यायोचर्चा" को अधिकृत करता हूँ कि वेरा साहू, पता, फोटो और विवरण इस तरह से प्रेषित है, उसे "कोशिका" दण्ड न्यायी, राज. कार्यवाहक द्वारा उत्प्रेषण से बड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रेषित करने से लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण को हस्ताक्षर की पत्रों पर बाद से करने के लिए "कोशिका काउन्सिल" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (जयदेव) इस बात से सहमत हूँ कि वेरा साहू, पता, फोटो और विवरण को कि सहयोगी के उत्प्रेषण से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" दण्ड उनके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टा से इजाजत का श्रेष्ठ का निराप



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.

हमने अधिकतर भारतीयों की ओर से सम्मले/लेगी को "कॉन्सिडर कनाइन्स" से विनिर्दिष्ट बताया है, जिसे हम (हमसफर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

2. "कोशिका चान्द्रेयान" से भी यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्पत्तियों द्वारा ही यह सहायता या बिना यह प्रत्यक्ष, प्रक्रिया का प्रभाव होनी एवं सम्पत्तियों के बीच का विचार है और "कोशिका चान्द्रेयान" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए सम्पत्तियों में ऐसी क सम्पत्तियों द्वारा और अपने अपने की गति विन्मोहों ऐसी एवं सम्पत्तियों की होनी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विन्मोहों इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Am Sah

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
(Hons) of Dr. P. R. Patil Vardha Hospital & Research Centre
KMC No. 90244

Mr. Lakshmiopathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Bharatiya Mission for Cancer Care Trust.)
16/M, The Emerald Road, Miller Park, Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

उद्योगिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमै इत्युक्तम् ।

व्यासी हस्ताक्षर ३

Safeway

2020