

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

B/0823/0877

APPLICATION DATE:

12/08/2023

NAME of APPLICANT:

Gangamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

44

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

W/o Srinivas

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Tamil colony maddur (T) chamanaballi
mandga Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

18,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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	Srinivasa	44	M	Husband
2	Ramlakshmi C.S	23	M	Son
3	Swathi C.S	25	F	Daughter

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 RE cataract LE cataract
2	Surgery LE cataract + PCFOL

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 सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-



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 Kashiya 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) 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 Kashika 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 प्रारूप में लिखे गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यदि "कोईकाम काउन्सिलिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि बिना आवश्यक होने पर प्रारूप की पूर्ति नहीं है, उस प्रति का आंशिक या संपूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्माणात्मक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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 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 प्रश्न पर अपने मतलब का जवाब देना है। (आलेख) अपने समर्थन की पुष्टि करते हैं एवं "कोशिका पाठ्यपुस्तक और उसके नामों" को अधिकृत करते हैं कि ये नाम, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" एवम् नामों, पत्र, साधनाएँ, पुस्तकें, उपकरणों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार साधन से प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं। ये प्रश्न का विवरण को प्रकाश में रखने या बाद में करने के लिए "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में नामों अधिकृत हैं।
- 2) मैं (आलेख) इस बात में सहमत हूँ कि ये नाम, पत्र, फोटो और विवरण जो कि प्रकाश में उपलब्ध हैं प्रकट हैं मुझे स्वतः सहायता का उपकरण नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके नामों का निर्णय अलग और अधिकारी होगा।

आवेदक ने इसासा या जेहू का निरूपण



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Institution) hereby affirm & accept following:

- (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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इसकाही को जोर से मापले/पेरी को "कोशिका पयान्दोलन" से जितित म्हापण हेतु निष्कर्षित की जाती है, जिसे हम (हायपरल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो जाँमान और न ही अविषय में विविध साक्ष्यता किसी रीर साक्षरी सम्मान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/पायल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिवासी/विषयित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मर देनु कि है। पर "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विषयित अतिरिक्तसक्त हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है जो सम्मान किसी अन्य रीर साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्मान में साक्ष्यता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मानित विषयित मर उक्त रोगी/पायल हेतु किसी रीर साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्षर से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई साक्ष्यता कंपन विषयित प्रकृति की है। रोगी या सम्मानित द्वारा दी गई साक्ष्य या किसी लगे उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं सम्मानित के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायर नहीं है। इसलिये सम्मानित में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्मानित की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस पायल में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसुति

Lab:

Dr. Laxmi Dorennayar
MBBS, MS, FRCS, FRCO
Consultant Surgeon & Registrar (General Surgery)
Hodder & Regent No. [Stamp]

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A Unit on behalf of Hospital)
08-07-2020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आमो हजारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
[Signature]

Exempel

2020