

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0885

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Hanumanthegouda

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

65

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

s/o puttageude

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवास पता

Koppa Hosahalli maddur taluku mandya
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Kamtharaju H	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित 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 किसे लगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशी
1	OBOS	2,000/-



Pacop Postop
0885 Hanumanthegouda

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 कहता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को वापस करी है।

2) मैं यहाँ पर सहायक निधि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायक निधि पर प्रत्येक वर्ष वापस नहीं करूँगा। मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मेरे लिये दिये गये अथवा मेरी सहायक निधि 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 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 उत्तरों को जहाँ की छान लगेगा, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" फण्ड न्यायी, दान, वाचनादि द्वारा उत्प्रेषण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मेरे उत्तरों में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उत्प्रेषण से शामिल है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फण्ड उनकी न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

अधिकारों में सम्मिलित हो जायेंगे और विचार



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 अधिष्ठाता, इसलवाही को जोर से समझते/रही को "कोशिका फाउंडेशन" में वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीन से लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता चिन्ति अधीनस्थ/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पक्ष में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला निर्णय मदद उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हमself द्वारा ही यह सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमself के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमself में रोगी के इलाज सुझा और लेने करने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमself की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

मन्वीकृती के लिए संसक्ति

17/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
(A one day Short Course Eye Care (1 day)
KMC Rao, U.C. B, U.C.

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

on behalf of Hospital)
16/M. The undersigned is duly authorized to sign on behalf of Hospital.

नवम्बरी १९५५

Exchanged

संज्ञा संख्या ३

Signature