

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0888

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Padma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Densaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No 153, Gattahalli Kowdley Koppa hobli madhura
Taluk mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

Deneop postop
0888 Padma

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

यदि 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

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 Card Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनति 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 RE - Cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 ली गई सहायता राशी
1	OBCS	2,000/-

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 अक्षय कहता हूँ कि इस प्रश्न में बिने गरी गरी विधान में ही जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विधान एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विधान की जा सकती है।
- 2) मेरी धारणा की सहायता बिने "कोईकल भी नहीं" में गरी का गरी है, इसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति में बिने बिना उपयोग, जो इस प्रश्न में बना गया है।
- 3) मैं अक्षय कहता हूँ कि बिने सहायता हों या प्रश्न की गई है। उस बिने का अक्षय या कथन बिना किसी अन्य बिने बिनेकल भी कथन में न हो बिना है और न ही अक्षय में गरी।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.

- १) इस प्रश्न का अपने हस्तक्षेप या जवाब को छान लें। यों (आवेदक) अपने माधमिक की पुष्टि करता है एवं "कोशिका पाइंडेशन और इन्फोर्मेशन" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नं. और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एवम् उसकी सहायक के द्वारा उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों को निवेदन करने भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इसका जो विवरण मेरे हस्ताक्षर के तहत या बाद में करने के लिए "कोशिका पाइंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- २) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नं. और विवरण जो कि संस्थाओं के उद्देश्यों से शामिल हैं मुझे स्वतः, साक्षात्कार का हिस्सा नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके ज्ञातियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आमंत्रण के इच्छाधर या आपसुं या निमान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, हालहती की ओर से मानक/रंगी की "कोशिका" कायम/रंगी से निर्मित प्रमाणों से निर्माण की जाती है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से मान्य व प्रयोग करने हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टोपी-मार्ग में लेने या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" व निगमित/विनिर्मित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित अधिकार/मकदम हेतु मदद नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्प्रदाय द्वितीय मदद उक्त टोपी-मार्ग हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य मकदम में नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में तो यह सहायता केवल अधिनियम प्रकृति की है। टोपी या सम्प्रदाय द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुपुर्ण टोपी एवं सम्प्रदाय के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिए सम्प्रदाय में टोपी को इलाक़ सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं सम्प्रदाय को होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

17/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Main Branch) - Regd. No. AIO/SMP/01
(Auricular Strabismic Eye Care Trust)
Rajahmundry - 831123

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— १११ —

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी ताम्रपत्र २

Sc 28