

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

N/0822/0892

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

17/8/22

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Sushilamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/कन्या का नाम

w/o Thammiah chary

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Hiralakere, Semmanahalli, Maddur taluku mandya
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :
व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)
(आप का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी 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 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 संबंध
1	Narasimha chary	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के निम्न विधि 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 किसे मने निम्न 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

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 लगे गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

paeop post op
0892 Sushilamma

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी बिबरन में जानकारी को अनुयायन रूप में नहीं है। यदि कोई बिबरन एक कथन प्रमाण प्राप्त जाता है तो यही महापक्ष निरस्त की जा सकती है।
- (2) यह द्वारा जो महापक्ष प्रति "कॉलिक फाइनलेशन" में जो जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- (3) मैं सुनिश्चित हूँ कि जिस महापक्ष द्वारा यह प्रश्न को पूछा है, इस प्रति का अधिकार या अधिकार किसी अन्य द्वारा निर्धारित नहीं है और न ही अधिकार में सुनिश्चित।

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.

- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि योग, काम, पारो और विचार इस तरह से जोड़ते हैं, इसे "कोशिका" एकत्रित करने, बाँटने/या दूसरे स्तर पर से जुड़ी गतिविधियाँ और उपलब्धियों को सिधे बिना भी प्रभावित करने को सक्षम कर देता है। ये तरह का विचार ये प्रभाव को पारने या बाहर से करने को सक्षम "कोशिका काउंटिंग" से ज्यादा अधिकृत है।

आपके पास कोई इच्छा है कि आप इसे का निम्न



By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

हमारे अधिकार हमसभरी को जोर से सामने-पारी को "कोशिका काउन्डर" से विविध सहायता होत सिखावित की जाती है, जिसे इन (हमसभ) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1.) यह कि न तो अधिकांश और न ही अधिकांश में विहित सहायता किसी भी सरकारों को प्रदान या किसी अन्य व्यक्ति को प्रदान होगी/करने में प्रारंभ या प्रारंभ है, जैसे कि अपने "कॉलिका काउन्सिल" में विचार/विनिर्देश प्रदान का सम्बन्ध में "कॉलिका काउन्सिल" द्वारा प्रदान होगा कि है। यह "कॉलिका काउन्सिल" द्वारा सहायता विनिर्देश प्रतिक्रिया/प्रदान होगा प्रदान नहीं किया जाता है तो अग्रसारण किसी अन्य भी सरकारों को प्रदान या किसी अन्य व्यक्ति को प्रदान करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अग्रसारण विनिर्देश प्रदान प्रदान होगी/करने में प्रारंभ या प्रारंभ है।

2. "कोशिका परावर्तन" से तो तुम्हें अंतर्गत कोशिकीय प्रक्रिया की है। रोटी या इमरालद द्वारा दो तबू बलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुचन रोटी एवं इमरालद के बीच का विषय है और "कोशिका परावर्तन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए इमरालद में रोटी के उत्पन्न सूत्रों और आने जाने की भारी जिम्मेदारी रोटी एवं इमरालद की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

17/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreeji Eye Care Trust)
KMC, Bld No. 81124

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

समय से पद सम्पन्न अधिकृत अधिकारी

आन्तारिक रुपयोग होइ

न्यासी इन्द्रावर ।

न्यायही हमलावा ७

Safeway

10/2/8