

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0919

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chandramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Ramachandrasee

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kudujamur Kodar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी 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. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर खड़ी 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निर्धारित 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अभ्युपचार-विवरण 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 के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

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

poeop postop
0919 Chandramma

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 प्रश्नपत्र में दिए गये सभी विषयों में मेरी जानकारी को अनुसृत सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाठ निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को महापाठ एपि "कॉलेजिक कान्टेन्शन", में जो जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिए किया जायेगा। जो इस प्रश्नपत्र में सत्य सत्य है।
- 3) मैं यह भी बता रहा हूँ कि इस महापाठ को यह उद्देश्य को है। इस एपि का अंतिम या अन्तिम हिस्सा किसी अन्य कोलेजियल/कॉलेज कक्षा में या तो लिया है और या ही अधिक में नहीं।

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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में जोड़ित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दाय, वाक्यांश दुनो इन्द्रीय से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रेरित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में उत्तर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

आपका यह प्रस्ताव कि अंग्रेजों का निशान



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.

इससे अधिकतर इस्तेमाली की जोर से मायके/पत्नी को "वैवाहिक परामर्शदाता" से मिलिए सहायता हेतु विचारों की जाती है, जिसे हम (इम्प्लायर) फिर प्रकाश से मान्य व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उक्त ऐंटी-धमाल में लेने या लेने का है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निवार्तिता-विहीन उक्त को समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरार लेने कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल लेने मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विनियम मरार उक्त ऐंटी-धमाल लेने किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंटी धमाल द्वारा लेने गई सहायता या किये गये उपचार/उद्दिष्ट का सुचारु ऐंटी एवं हमसाल को लेने का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई राकब नहीं है। इसलिये हमसाल में ऐंटी को इलाज सुरक्ष और अपने करने की क्षाती विनियमों ऐंटी एवं हमसाल को लेने और "कोशिका" को कोई अधिकार या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

18/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. Regn. No. with Stamp)
(A Unit of Shree Chaitanya & Dr. A. K. Thakur)

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

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ग्यामी डायनाम ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नाम ही भरना है

Exfanzel

John F. Kennedy