

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: N/0822/0952 APPLICATION DATE: 23/8/22

NAME of APPLICANT: Keiyamma AGE-YEARS आयु-वर्ष 75 SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: w/o Siddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Kotehalli Kendligatta post Kibbanaahalli
Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Same as above

OCCUPATION: Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME: —

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का आय प्रमाण)

PAN No. नहीं खाली छोड़ें

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

Yes / No

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

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

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) आय 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 गुण विषयी 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 + PEIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है/

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	DBCS	21000/-

1) I heretby 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 प्रमाण पत्र में दिए गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसरण करते एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास हो जा सकती है।

2) मैं इसी को सहायता प्राप्त "कारणिका फाउन्डेशन", से लेता जा रहा हूँ, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में मांग गया है।

3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, 25% प्रतिशत का प्रतिशत या सकता किन्तु किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 is this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रश्न पर अपने उत्तरदाता का अपना ही हस्ताक्षर कर, मैं (आवेदक) अपने सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रश्नित है, उसे "कोशिका" प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष, दान, वाक्य/वाक्य, पुस्तकें, इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी इसका उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का विवरण मेरी इलाज को चलाने या बंद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।

2.) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता को उपलब्ध से प्रश्नित है, पूर्णतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष त्रुस्टीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

आलेखक डॉ. इन्द्रजित राय अंग्रेजी का शिक्षण



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.

हमारे अधिकृत, इसकाफी को जोर से नामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" में वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो हमस्पताल और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीन में लेने या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तिय अतिरिक्त/सकल हेतु भयानु नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस सुविधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा वित्तिय मदद उक्त रोगी/रोगीन हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में ले गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी पर हमस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमस्पताल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमस्पताल में रोगी को इलाज शुरू की जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भविष्य या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

93/8/22

Dr. Neelam B. B.
Consultant, Maxima Hospital, Gandhinagar,
Cores, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा. नीलम बी. बी. (नाम और रजि. नं. के साथ मुहर)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
15/M, Thompson Road, Miller Park Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्लाम :

Exempt

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE: 1/2/2017

here