

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0960

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/3/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

70

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o Basappa Gk

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :

वर्तमान आवास का पता

Vaddanadaddi Kootgal Hobli Daddagang-
avadi Ramamagar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :

स्थायी आवास का पता

- Same as above -

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) /

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति 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 प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या विवृति 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 + PCTOL

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 जो गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

pre OP post OP
0960 Jayamma

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 रिश्वत एवं प्रभुत्व विचारों में समानता को अनुभव प्राप्त नहीं हो पाया है। यदि कोई विचार एक कथन अथवा वाक्य जगह है तो ये विचार विचार को या समझती है।

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/print/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.

21. 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 दायरे का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (सहचरक) अपनी सहयोगी की पुष्टि करता हूँ, एवं "कोशिका कारागारों और इसकी जायदों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दायरे में उल्लिखित है, इसे "कोशिका" उक्त जायदों, दफ्तर, बाजार/या दूसरे इलाके में खुली गतिविधियों और दस्तावेजों के तहत किसी भी प्रकार लपकावे प्रवृत्ति करने को तैयार अधिकृत है। मैं इसका जो विवरण मेरे दायरे को पहले या बाद में करने को तैयार "कोशिका कारागारों" के जायदों अधिकृत है।

2) मैं (अपनेपक्ष) हमेशा यह मानता हूँ कि मेरा नाम 'मल' छोटी और विपत्ति को कि सहायता के तदर्थ ही पड़ता है। सहायता का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "अभिप्राय" सबसे पहले व्यक्ति का विचार और हीनता का होता।

आपका यह प्रस्ताव हमें बहुत पसंद आया।



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.

हमारे अधिकांश, हमसभारी को और से धारण करने को "कोलिका पाठ्यक्रम" से विनियमन प्राप्त होना आवश्यक हो जाता है, जिसे हम (हमसभारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

17. यह कि न तो वास्तव और न ही अधिकांश विविध महापणा किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्थान से उद्भूत होती/वास्तव में होने या ले रहे हैं, जैसी कि हमने "कोलिका पाठशाला" में विचारित/कियीं उक्त की संस्था में "कोलिका पाठशाला" द्वारा सार हेतु कि है। यदि "कोलिका पाठशाला" द्वारा महापणा विविध अधिक-सकल हेतु समझा नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन में उद्भूतता होने का अधिकतर सुनिश्चित रहता है। इस सुनिश्चित में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता सुनिश्चित सार उक्त होती/वास्तव में हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन में नहीं लेगा/लेती।

2. "कोरिन्था पाठ्यपुस्तक" से ली गई अष्टांशक प्रकाश विधि प्रकृति की है। रोमी का इस्तेमाल द्वारा ही ली गई प्रकृति का बिन्दु एवं उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव रोमी एवं इस्तेमाल से रोमी का विषय है और "कोरिन्था पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में रोमी के इस्तेमाल द्वारा और अन्य जगह को सही विधि/प्रक्रिया रोमी एवं इस्तेमाल की होती है और "कोरिन्था" की कोई प्रक्रिया का विधि/प्रक्रिया इस प्रश्न में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्थान

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Date: _____

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Government Medical College, Coimbatore)
and is in the premises subject area.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी हस्ताक्षर 2

Exchanged

2020