

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0963

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Papanna

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

58

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Halkuriah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

AKKUR Kootgal Hobli Ramnagar
Kannataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

- Same as above -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

35,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सहाई 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)	Hanamma	50	FE	Wife
2)	Hanu Kumar	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू 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) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सुची संलग्न
1)	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + PCLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के 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 जो यह सहायता रही
1)	DBCS	2000/-

PREOP
0963Postop
Papanna

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 विवरण मेरी जानकारी को अनुसरण करने वाले हैं। यदि कोई विवरण एक कथन अलग था या जहाँ से मेरा मतलब निकलता है तो मेरी मतापेक्षा निकलती 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/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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या ओपन की जाए लाकार, मैं (अवरोधक) अपने सहायक की पुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोलिका" समूह, व्यक्तियों, चारों, वास्तविक या काल्पनिक में सुदृढ़ प्रतिनिधित्व और प्रत्यक्षताओं को लिखें किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्षताओं पर होने या बाद में करने के लिए "कोलिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवरोधक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उत्तरों में प्रस्तुत है मुझे स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" समूह उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाधकहीन होगा।

आवेदन की प्रस्तावना या अंगुली का निशान



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 हमलावरों की ओर से सामान्य/सामान्य को "कोशिका चतुर्भुज" में विधि सहायता हेतु नियंत्रित की जाती है, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से सामान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बचिपन और न ही बचिपन में विहित सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐसी/यापत्तों में से कोई एक है, जहाँ कि हमने "बौद्धिक सार्वजनिक" से विपरीत/विपरीत उक्त को समझ में "बौद्धिक सार्वजनिक" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "बौद्धिक सार्वजनिक" द्वारा सहायता विपरीत/विपरीत/सहायता हेतु अनुरोध नहीं किया जाता है तो अनुपस्थित किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अनुपस्थित विपरीत/सहायता हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना-लेना।

* "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" से भी यह अध्ययन बिलकुल विविध प्रकृति का है। टीवी पर सम्पन्न हुए टी-वर्ल्ड अवार्ड या किसी गाने प्रकाश/प्रक्रिया का खुलाह टीवी एवं सम्पन्न

मेरी शोध का विषय है और "कोशिका अणुचलन" द्वारा किसी द्रव्य का कोई रसायन नहीं है। इसलिए हमेशा में ऐसी के साथ मुझ और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमेशा में होती और "कोशिका" की कोई अधिक या कमजोरी इस प्रकार में नहीं होगी।

गन्धीकाली के लिए संस्कृति

Dr. Nassimiyeh @ tv

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A U.S. Home of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshmiopathi N

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

Date of Surgery

अधिकारों की शरणा

25 8 22

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जननीक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE :

न्याय्यो हस्तक्षेत्र ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तधर ३

10.03.2022