

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0822/0965

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/8/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sowbhaggyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ता का नाम

w/o Mannooraiiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Keralavadi Nagadi Ramnagar District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- same as above -

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय का प्रमाण

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 सम्बन्ध
1)	Nagaraju	58	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद 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 Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनोद का उद्देश्य:

Sr No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1)	Diagnosed RE Cataract LE Cataract
2)	Surgery RE Cataract + PCICL

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 कितनी राशि सहायता मिली
1)	DBCS	2000/-

Pre op Post op
0965 Sowbhaggyamma

DECLARATION by APPLICANT: I/WE HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION FURNISHED IS TRUE AND CORRECT.

- 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 दिले गये सभी बिबल सेरी भाषाओं को अनुवाद करने एक सही है। यदि कोई बिबल एक कथन अलग पाया जाता है तो मेरी रायका सिद्ध हो जा सकती है।
- 2) मेरी बात को समझना यदि "कॉन्सिडर फाउन्डेशन", तो तो सही है, इसका उपयोग उन्नी उपेय को पूर्ण से गिना किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भी गया है।
- 3) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्नका हल या उत्तर की यह है, यह यदि या अल्लिया या अल्लिया किन्ना बिबली अन्य फोन्डेशन/काउंसिल कम्पनी से न हो लिया है और न ही अल्लिया में लिया।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1001)

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

1.] इस तरह वे अपने इलाका या अंग्रेजों की छात्र संस्था, यै (असिस्ट) अपने छात्रों की दुष्ट बला हैं एवं "बौद्धिक कारागारों और उनमें गालीयें" को अधिकृत करते हैं कि वे ग-नय, पाठ, बोर्ड और जो विषय इस तरह में अधीन है, उसे "बौद्धिक" समझें। यानी, दूर, वाधवा/या दुर्गम प्रदेश में खुदी लीलिभिर्वा और तल्लिभिर्वा को लिये किछो भी प्रयास सम्भव से प्रयत्न करने को लिए अधिकृत है। वे इसका विचार ही इलाज के पहले या बाद में करने को लिए "बौद्धिक कारागारों" में गालीयें अधिकृत है।

2) मैं (आत्मवेद्य) इस बात से मानने लूँ कि मेरा नाम, धर्म, पेशा, पत्नी और परिवार जो कि महाभक्त की उद्देश्यता से उपरिष्ठ है मुझे स्वतः आनन्द का स्वस्वत नहीं बनता; इस सम्बंध में "वाचिका" धर्म परमो व्याख्याता का निर्णय अंतिम और अप्रत्याक्षी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संविधान के अनुच्छेद 32 के तहत न्यायाधीशों को निम्नलिखित अधिकार हैं:



AGREEMENT by HOSPITAL. (FACSIMILE COPY SENT)

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 अधिकार, हमसबरी को और से मायले/पेरी को "कोसिका (काइकोसक)" से मिलिब अहायल सेतु मिजरील को जाली है, जिमे हम (हमसबल) निम्न प्रकार से माय न खीबला करते है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित महत्त्व का किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य स्वरूप में उक्त ऐतिहासिकों में मिले या न मिले, जैसे कि इनमें "कोरिका फाउन्डेशन" में निम्नलिखित/विहित उक्त की संकेत में "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा गहरा होना कि है। यदि "कोरिका फाउन्डेशन" द्वारा महत्त्व विनिर्दिष्ट अधिक/महत्त्व होना भव्य नहीं किया जाता है तो संभवतः किसी अन्य भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य संकेत/संकेत या महत्त्व होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्व में स्पष्ट कहा जाता है कि संभवतः विनिर्दिष्ट गहरा उक्त ऐतिहासिकों होना किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य संकेत में नहीं होगा/होती।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" में जो चर्चा आणविक जीवन विषय प्रकृति की है। रोगी का इन्फेक्शन द्वारा जो चर्चा प्रकृतिक या किसे चर्चा उपचार/प्रक्रिया का सुझाव रोगी एवं इन्फेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसे प्रकृतिक चर्चा प्रकृतिक चर्चा है। इसीलिए इन्फेक्शन में रोगी को इन्फेक्शन सुझा और जाने जाने की रोगी इन्फेक्शन रोगी एवं इन्फेक्शन को रोगी और "कोशिका" की चर्चा प्रकृतिक या इन्फेक्शन इस अर्थ में चर्चा होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
12/14/14

25/8/22

Dr. Najesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Glaucoma, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn No with Stamp)

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
Institute of Health Management
(A unit of Shree Siddhanta Hospital)
Chennai, Tamil Nadu, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी इत्यादि ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Self