

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0976

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshminamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ताक्षर का नाम

w/o Nagaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

7th division Hunasurahalli, Karakapura taluku

Sammargera district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Doco part of
0976 Lakshminamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Codic

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सर्वोच्च 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 सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Somthirama	23	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य विवृति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis 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 जो यह सहायता करी
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: I/We do hereby declare 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 यहाँ पर कतारूँ कि इस प्रत्यय में मैंने गटे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता तब "अर्थिका सहायता" में ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्यय में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतारूँ कि जिस सहायता को मैंने प्रत्यय में माँगा है, उस सहायता का अतिरिक्त या समकाल केसा किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी में न ली जायेगी और न ही अतिरिक्त में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (shown on back)

- 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/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 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- (2) इस ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शियक) अपनी सस्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस ढर्रे में अधिष्ठित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, चार, पाकवा/च सुले चरुहेस में जुड़ी गतिविधियों और जानकारी को निर्णय विधियों की प्रसार सस्यता में प्रकटित करने के लिए अधिकृत है। ये ढर्रे का विवरण ये इलाक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शियक) इस बात से सहमत हूँ कि ये मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता की चरुहेस में अधिष्ठित है, पूर्णतः सस्यता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" समूह सस्यता न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आविष्कार का सम्मान प्राप्त करने का विधान



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT ENI 1020)

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 emmergiment 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, इसकाफ़ी की ओर से मानव-सोपे की "कोलिका" फ़ाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु शिफ़ारिश की जाती है, जिसे इस (इन्फ़रम) चिन्तन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कवियन और न ही अधिकांश में विविध प्रकारका किसी एक साक्षरी संकेतन या किसी अन्य अक्षर से उक्त शब्दीयार्थों में से कोई या से रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" में विकसित/विनिर्मित उक्त की संख्या में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा बना हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित अधिकृत/समय हेतु मान्य नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य एक साक्षरी संकेतन या किसी अन्य संकेतन से अस्पष्टता होने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता प्रिंटिंग द्वारा उक्त शब्दीयार्थों हेतु किसी एक साक्षरी संकेतन या किसी अन्य संकेतन में नहीं होता/होती।

2. "कॉलिका कार्टून्स" में जो लड़कियाँ कोलम चित्रित प्रकृति की हैं। ऐसी या इन्फैन्स द्वारा ही कॉलिका या बिने गले उपचार/प्रक्रिया का सुझाव ऐसी एवं इन्फैन्स को कोल का विषय है और "कॉलिका कार्टून्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए इन्फैन्स में ऐसी को इन्फैन्स मुक्त और आगे जाने को जारी बिन्नेटारी ऐसी एवं इन्फैन्स को जारी और "कॉलिका" को कोई प्रक्रिया या बिन्नेटारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

30/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Gomra, Cataract & Refractive Sur-
gery Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
STATE, DISTRICT, PIN CODE &

Mr. Latta 744 N

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जन्मतिथि उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: _____

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप कुमार ?

12/28