

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0822/0979

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

30/8/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

w/o Muthaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hunsaraballi Kamrapura Taluque
Kannagara district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



pacop Postop
0979 Jayamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सत्याई 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 निशान 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 सम्बन्ध
1				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए 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) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Best/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसरी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery RE-Cataract + PRIC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी
1	DBCS	2,000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 1001)

- 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 Koshiaa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी रायसमिति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" का अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एवम् अपने, राज, वासकाल एवं उद्देश्य में कुछ परिवर्धित और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार सम्भव से प्रस्तुत करने की लिए अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पाले या बाद में करने की लिए "कोशिका फाउंडेशन" के व्यक्तियों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रसारित है पूरी सत्यता, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और अप्रचलनीय होगा।

आपसुख से हंसताया या जंगल का पियास



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFECTIVE DATE) _____

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 व्यवसाय, हमलाबी को और से सामने/पीछे को "कॉन्सिडर" (जायेंशन) से विविध, सामान्य होत विचारित की जाती है, जिसे हम (हमलाबी) निम्न प्रकार से जान्य व महीकत करते हैं:

- 1) यह कि न तो अधिनियम और न ही अधिव्यवस्था में विधायक सभापति किसी भी सभाकी संरक्षण या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च गोपनीयता में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाटने" में निपटीकरणविधि उच्च की संरक्षण में "कोशिका फाटने" द्वारा भंग हो चुका है। यदि "कोशिका फाटने" द्वारा प्राप्त किसी व्यक्ति/संस्था से प्राप्त नहीं किया जाता है तो अधिनियम किसी अन्य भी सभाकी संरक्षण या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था से संरक्षण लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अधिनियम विधायक उच्च गोपनीयता से किसी भी सभाकी संरक्षण या किसी अन्य व्यक्ति/संस्था से नहीं निपटी/लेती।

3. "कठिनायाः प्राप्यन्तेऽपि" से भी यह असाध्य कोमल विनिमय प्रकटि की है। रोटी पर असाध्य दाग ही नहीं मलने या बिदे ही दुपचा/पकिया का अनाम रोटी एवं असाध्य

ले बोध का विषय है और "कौशिक" का अर्थ है। इसीलिए हमें पता है कि बोध का विषय है और "कौशिक" का अर्थ है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सबोझली के लिए संस्मृति

Date of Surgery

30/8/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Dept.,
Institute for Diseases & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
A and P

Mr. Lakshmi Prasad N.
Manager Outreach

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

附 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यासी हस्तक्षेत्र २

Erklärung

lieve