

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N109221014

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/9/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

w/o Shuanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासस्थान पता

Aremattenehalli, dabarghatta hobli
biganehalli, tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता

Same as above

Pre op
1014postop
Rajamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन 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 सम्बंध
1	Karthik	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट 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 Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनिर्दिष्ट उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DACS	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.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिए गये सभी विषयों में मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) जो छात्र जो सहायक राशि "कोशिका कम्प्यूटेशन" में लगे जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्नपत्र को भेजा है, उस राशि का अवशेष या बचता हिस्सा किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/कर्मचारी को न दे दिया जाये और न ही भविष्य में लूटे।

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

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाखर या ओरों को ध्यान लगाकर, मैं (अवलोकक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कॉलिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कॉलिका" प्रथम न्यासी, राज, वाचना/या दूसरे उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पहले या बाद में करने के लिए "कॉलिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रसारित है पूर्ण सत्य, सहायता का इकादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक को प्रभावित या अंगीकृत करने का निम्नलिखित



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 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 अधिकृत, हमसफ़री को और से मायके/दोरी को "कॉलिब्रा फ़ाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे हम (हमसफ़र) विभिन्न प्रकार से धन्य व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वसाध और न ही परिष्कृत में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/मागने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" में मिमिफिशियलित उच्च के समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस युक्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उच्च रोगी/मागने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर इम्पलान्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्पलान्ट के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार की कोई रखने नहीं है। इसीलिए इम्पलान्ट में रोगी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्पलान्ट की होगी और "कोशिका" की कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Arunachal Pradesh & Regional Eye Clinic)

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

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

नौकरी के बदलनेवाले अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: []

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Exempel

Self