

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0922/048

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/9/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gurumallamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

w/o Guruswamappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chamarajanagara Taluk Kallavadi Chamarajanagara

Kathalanadi Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

pre op
1048post op
Gurumallamma

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):

हैं/आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन सहायक)

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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवर्ति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 विवर्ति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LC - 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 ली गई सहायता राशि
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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र का अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाया लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंगन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रोषित है, उसे "कोशिका" एचम्यू न्यासी, रान, वाचनालय दूसरे इन्टरन में जुड़ी तलिविधियों और उपतलिविधियों की निवे किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने की लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में इत्यादि के पक्षों या बाध में करने के लिए "कोशिका काउंटिंगन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अलोचक) इस बात से सहमत हूँ कि वेत नाम, पता, खेती और विवरण जो कि महापत्र के उत्तरों में प्रार्थित है मुझे मालूम, महापत्र का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कांग्रेस" प्रथम उसके नियमों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके पास यह समझना था कि आपने क्या किया।

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.

हमारी अधिकृत, हमसफ़री को और से सम्बन्ध/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु सिरकारिश को जाती है, जिसे हम (हमनाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐंगी/प्रायमरी में लेगे या ले रही है, जैसा कि हमने "कोशिका फायरवॉर" में विमर्शित/विमर्शित उक्त का अन्वय में "कोशिका फायरवॉर" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरवॉर" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अन्वयगत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्वयगत द्वितीय स्तर उक्त ऐंगी/प्रायमरी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

[illegible]

स्वीडिशली के लिए संस्कृति

13) 9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive
Institute for Sight & Eye Care
(A unit of Shri Chaitanya Eye Care Trust)
KMC, Bangalore

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital,
(A unit of Shri Radha Eye Care Trust)
M. Thirumala Rao, MD, FRCOphth, FRCS(Ed), FRCS(S) Retd

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी हस्ताक्षर ।

ज्यासी हस्तक्षर २