

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0922/1129

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

20/9/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हठुस का नाम

w/o Venkatagajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS:

वर्तमान आवासीय पता

Bitnaballi malur taluk Kolar district
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

Same as above

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. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किए गए विवरीत का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - 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 लिया गया हो?

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

Pre op
1129Post op
Rathamma

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 सत्य कथन असत्य पाया जाता है तो येरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इसकी सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में माग गया है।

3) मैं यह घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लीया।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अंगरेजी को ध्यान रखकर, मैं (आवेदक) अपनी मातृभाषा की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जन्म, पते और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायोधी, दण, पाक/पाक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किन्ती भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष या पक्षों या अन्य में करने को लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायोधी अधिकृत है।

आविष्कार का सम्भाव्यता का अंशों का मिश्रण

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.

1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही संविधान में विहित महापालिका किसी गैर सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य प्रकार के उच्च ऐंगी/पारमर्श के तहत या तब है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" में गिरोड/विनिर्दिष्ट उच्च के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापालिका विनिर्दिष्ट अधिकार/सम्बन्ध हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो अस्पष्टता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्ध के महापालिका लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकृति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता टिपिंग स्पष्ट उच्च ऐंगी/पारमर्श हेतु किसी गैर सरकारी सम्बन्ध या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

स्वीकृतोक्तं लिख्यते

20/9/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute, New Delhi & Regd. (with Stamp)
(A unit of Shree Chakra Eye Care Trust)
KMC Regd. No. S-1123

Mr. Lakshmi N.

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shreechakra Eye Care)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यामी हमनाथ 2

Exemplar

Rich