

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/0922/1134
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 20/9/22
आवेदन तिथि :

NAME of APPLICANT : Lakshmmamma
आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष : 65
SEX लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : w/o Late Muniswamappa
पिता/सहोदर का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Boppanshalli Koushagera, Kodas district
Karnataka
वर्तमान आवासीय पता :

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above
स्थायी आवासीय पता :



Pre op post op
1134 Lakshmmamma

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 88,000/-
कुल वार्षिक आय :

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. :
आय का खाता संख्या :

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर यही 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 सम्बंध
1	Musali B.M	26	MA	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रेखा 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)	Rajen 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 विनोद 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 RE-Cataract + PCIO

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 ले गई सहायता राशि
1	DRCS	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.

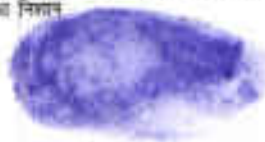
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विषयों में मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन ग्राह्य पाया जाता है तो मेरी ग्राह्यता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो ग्राह्यता पत्र "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्यों को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिसे ग्राह्यता हेतु यह प्रश्नपत्र को रखा है, उस व्यक्ति का व्यक्तिगत या सार्वजनिक विषय किसी अन्य कोलिकाफाउन्डेशन कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

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 प्रश्न पर अपने इलाक़ा या अंग्रेज़ों की जाय लगाने, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसमें न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दण्ड, वाचनायद्वारा अदालत में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार साधन में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ा में पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता में उद्धृत में प्रामाणिक है मुझे स्वतः सहायता का हक़दार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक की इच्छाया या अंगुली का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, इसका अर्थ है कि "कोशिका चक्र" में परिवर्तन होना शुरू हो जाता है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही पवित्र धर्म विधिगण सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त टोपी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिचरिफिकेशन/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा परदे हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/अपेक्षा हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले ली सहायता केवल विधिगण प्रकृति की है। टोपी पर हस्ताक्षर द्वारा ही ली सहायता या किये गये उपचार/अक्रियता का पुनर्पत्र टोपी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किये उक्त का कोई दावा नहीं है। इसीलिए हस्ताक्षर में टोपी के इलाज सुझा और अपने अपने की खरीद जिम्मेदारी टोपी एवं हस्ताक्षर को होगी और "कोशिका" को कोई भुमिका या जिम्मेदारी इस प्रकृति में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसूति

Mr. Lakshmi pathi N

20/9/22

Dr. Nagabh S N
Consultant, Medical Superintendent
Cornea, Cataract & Refractive S.
Institute for Deaf & Blind
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
(A unit of Special Education)
K.M. Road, N. P. Road, N. P. Road

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

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यासी इस्तख़ा १

ज्यासो इच्छा १

Exempel

list