

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N109221153		APPLICATION DATE : 21/09/22 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Saravama		AGE-YEARS आयु-वर्ष 48	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम clo kashi				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता # 238, 2nd main, TB Nagar, Near Ishwariya Ganapati Temple, Tyagaraj Nagar, Bangashankar, Bangal				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 88,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनंति 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 किसे गये विनंती 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 + PCIOL			
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 उसी वर्ष सहायता राशी		
1	DRCS	8000/-		

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 को अनुयायन एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाठ निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापाठ एमि "कॉन्सिडर काउन्ट्रोल", मेरी स्वीकृति है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापाठ हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एमि का आर्थिक या सकारण हिस्सा किसी अन्य छात्र/निधोःक/कर्मचारी सम्पत्ति में न हो लिये है और न ही भविष्य में लीज।

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 प्रश्न पर अपने हवाला या अपने को ज्ञान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी महति की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका फाउंडेशन और उसकी ग्यारीटी" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा जन्म, पाल, पोषण और मेरे विचार इस प्रश्न में धोखे हैं, उसे "कौशिका" एवम् न्यासी, राज, पाषाण/पट्टनरुद्रेश्वर से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के सिधे किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशंसा करने की सिवा अधिकतर है। मेरे प्रश्न का विचारण मेरे इराज के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिभूत है।

2) ये (अक्षरम) हम बात से समझते हैं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयगत जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है जुड़े गया; सहायता का हकदार नहीं बनता। हम सम्बंध में "कोशिका" प्रथम तुरन्त स्पष्टीकरण का निर्णय अतिम और आवश्यकता होगा।

आवेदक को इलाहावर पर खड़े कर दिखाने



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.

उपरोक्त उद्धरण के अंत में संसदीय कार्य के "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिकरिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से राज्य में स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कानून और न ही भविष्य में इतिहास बताएगा किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐप्लीकेशन में लेगे या ले रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से निपटारा/कितनी उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मरद हो चुके हैं। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता कितनी अतिरिक्त/सकत हो चुकता नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्बंध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय चरण उक्त ऐप्लीकेशन में हो चुकी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य आधार से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टरेशन" से तो यह साहज्य केवल विलिप्त प्रकृति की है। ऐसी पर इम्पेचल द्वारा ही यह ज्ञात या किने गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं इम्पेचल से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टरेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए इम्पेचल में ऐसी के इलाज मुख्य और जाने जाने की सटी जिम्मेदारी ऐसी एवं इम्पेचल की होगी और "कोशिका" की कोई धुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसक्ति

21/09/22

Consultant, Advanced Laser Treatment,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Dha Eye Care Trust)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Dr. Ravi K. Chaudhary

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जयसी हस्ताक्षर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नाम: इनामूर 2

Rich