

Yashachandall

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building block of life		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0922/1156		APPLICATION DATE : 21/09/22 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Grovindamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 60	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्भ का नाम W/o Murugan		 pre op 1156 post op Grovindamma		
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता # 6/11, New colony Baleballi, Tirthahalli, Shimoga, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता Same as above				
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय -		(Attach Proof of Income) (आप का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थाई खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 सम्बंध
1	Murugan	72	M	husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis VF- cataract JC- 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 हो?				
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता: राशि		
1	D.B.C.S	5000/-		

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 प्रारूप 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।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता एन "कोशिका पराबन्धन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एन का अंतिम या सकल हिस्सा किसी अन्य कोश/निर्देशिका/वीडियो कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी साक्ष्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटेरेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, सार, साक्ष्य/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तिथि किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रपत्र का विवरण में प्रकाश को पढ़ने या बच में करने के लिए "कोशिका काउंटेरेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

आवेदन भी हमलावा या अंगुली का पिछान

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.

इससे अधिकतर इस्तेमाली की ओर से मायसेलोमी को "कॉस्मिक फाइब्रोसिस" से विलीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हृस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही भवियन में स्थित सहायक किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उक्त टोपी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कॉन्सिका फाउन्डेशन" से सम्बन्धित/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कॉन्सिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वर हेतु कि है। यदि "कॉन्सिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वितरित आर्थिक/सहायक हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो असम्मान किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्मान द्वितीय सरद उक्त टोपी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कॉलिका वाइन्डोस" से तो गई संभावना संभव विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए हो गई संभव या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ के बीच का विषय है और "कॉलिका वाइन्डोस" हुए किसी प्रकार का कोई एकाग्र नहीं है। इसलिए हमलाएँ में ऐसी के हलाक मुआफ और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलाएँ को होगी और "कॉलिका" को कोई प्रक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

21/09/22

Dr. Nagresh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of KAS) (Name of Dr. & Regd No. With Stamp)
KAS, 2nd Floor, 1st Main Road, 1st Cross, 1st Stage, 1st Block, 1st Phase, 1st City, 1st District, 1st State, 1st Country.

Mr. Lakshmi Prasad N.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A valid stamp of the Hospital is mandatory)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 व्यापारी इन्स्टीट्यूट 1

Sufeng

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

sent