

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1082/1809

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/10/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Krishnappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

S/o Late Venkatarappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

M. Chanakanahalli, Mustoor, Kolar

Karnataka 563132

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास का पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या 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
1	Gugulamma	61	F	Wife
2	Somashekhar	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवक्षित 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 वर्ष 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 मर्ने विवक्षित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सुची संलग्न
1	Diagnosis RF - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि
1	TRACS	5000/-



Preop 1809 Postop Krishnappa

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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति प्रति "कॉलेजियल फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी प्रश्नों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा नया है।
- 3) मैं पूर्णतः करता हूँ कि निम्न सहमति हेतु यह प्रश्न की गई है, यह प्रति का कॉलेजियल फाउन्डेशन निम्न निम्न अन्य प्रोपर्टी/विषय/विषय सम्बन्धी हो न हो लिया है और न ही पक्षिण में लूट।

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 का अपने उत्तरात्मक या उत्तरों की रूप रचना, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाईंडेशन और उसके न्यायोचर्चों" को अधिकृत करता हूँ कि वेदा नम, पता, फोटो और जो विभाग इस प्रश्न में अधिका है, उसे "कोशिका" एम्पु न्यायो, दान, वचना/य दाने उद्देश्य में कुड़ी प्रतिनिधियों और उपलब्धियों के निवे निवेतों को प्रजा माध्यम से प्रकीर्ण करने को निम्न अधिकृत है। ये प्रश्न का विभाग में इलक के पहले या बाद में करने को निम्न "कोशिका फाईंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि वेदा नम, पता, फोटो और विभाग को कि लक्षण के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे यथा: प्रत्यक्षा का हकदार नहीं बलक: इस सम्बंध में "कोशिका" एम्पु उसके न्यायोचर्चों का निवेत अधिव और सामग्री होगा।

आपका यह प्रश्न बहुत ही महत्वपूर्ण है।



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.

हमारे अधिकृत कर्मचारी की ओर से मयामेले/मेरी को "बोशिका गलान्देशन" से निवृत्ति ग्वाहात हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व अवीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्याप्त और न ही अधिक्य में वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोटी-पायस में लेने या ले रही है, जैसा कि हमने "कोशिका फायरिंग" से रिफरेंस/विनिर्दिष्ट उक्त से सम्बंध में "कोशिका फायरिंग" द्वारा पदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फायरिंग" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अवगत कि किसी अन्य के सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगत द्वितीय पदर उक्त रोटी-पायस हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेती।

2. "कोशिका परावर्धन" से तो वह अवस्था कोश विभिन प्रवृत्ति की है। ऐसी या अवस्था द्वारा ही यह प्रमाण या बिन्दु गले उपकार/प्रक्रिया का प्रसार ऐसी एवं अवस्था से कोश का विभिन है और "कोशिका परावर्धन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए अवस्था में ऐसी के प्रमाण प्रकाश और जले जले की जाली क्रियाएँ ऐसी एवं अवस्था की जाली और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या क्रियाएँ इस मामले में नहीं होती।

सखीशुती के लिए संस्तुति

४३/१०/३२

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Comes, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshmi pathi N

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

(A unit of Shreeji Chetana Charitable Trust)

* 1500 Thimbletail Road, Elko, Park Road Area

आन्तरिक तदर्थयोग हेतु

न्यायः इत्यन्तः ।

स्वास्थ्य विभाग 2

Exempel

2018