

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1021/1209.

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

5/10/21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Krishnaveni

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

W/o kumar.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No 40-3, Chalamayakama, halli
Hebbala, Bangalore.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

33,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. तयारी 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

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	Kumar	68	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यरीबी रेखा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract IE cataract
②	Surgery RE cataract + p.c.T.N.

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 लै गई सहायता राशी
①	DBCS	2000/-

Pre-op post-op
1209 Krishnaveni

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा भी महापता नहीं "कोरिक्टा पादाब्जेशन", से सी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण किस्म किसी अन्य प्रोटेक्टिवोवकाकोवा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबूल)

- 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 जंगल की सफ़ा लक्ष्यकार, मैं (आपसे) अपनी समिति को पुष्टि कराऊँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नम, पात, फोटी और जो विवरण इस प्रश्न में चर्चित है, उसे "कोशिका" एम्प्लेज, रान, वाचनालय दुर्गा उद्देश्य से कुड़ी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के तिरु कियी थी ज़रा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण धेरें इलाक़ा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास यह हमलावर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करवा)

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 explicitly 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 जीवनकाल, हमारा धर्म की ओर से प्रयास/प्रेम की "कोशिका प्रदान" से विविध प्रभावित होतु सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (हमारा) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पहलवान और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त रोगी/मायने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्पत्ति/किसी उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकार/सहायता हेतु मन्त्र नहीं दिया जाता है तो अप्रत्यक्ष किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्यक्ष द्वितीय मदद उक्त रोगी/मायने हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नहीं लेगा/लेगी।

Dr. Nagash B N
Consultant Medical Superintendent

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Disha Eye Care Trust)
KMC Reg No. - 81524
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
M. Thimmappa, Regional Officer, Central Area.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Exchanged

lieve