

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N10221218

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Hanumayyallagiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Malagiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Myranahalli, Bangalore Rural, Myranahalli

Karnataka 560123

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop

Postop

12-18

Hanumayyallagiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का सत्य प्रमाण)

PAN No. पान संख्या

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

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न 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 से संबंध
1	Lakshamma	74	F	wife
2	Gomeshekari	39	m	son
3	Manju	40	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सत्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशान 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 LE - Cataract + p1101

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायक किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBCS	50000

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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता मिले "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग सभी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में माग गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह अवसर को नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समस्त विवरण किसी अन्य प्रोटेक्ट/प्रोवाइडर/कंपनी से न तो 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 Keshava Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस तरह से अपने हमलावा या शत्रु की जड़ लगाकर, मैं (अमेरिका) अपनी शक्ति को पुष्ट करता हूँ एवं "कॉमिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे वापस घर, शत्रु और के विपक्ष इस तरह से भीका है, उसे "कॉमिका" समूह ग्राहकों, घर, सम्पत्ति दूसरे उद्देश्य से जुड़ी तल्लिखियाँ और तल्लिखियाँ से लिये किसी भी उचित मध्यम से इलाज करने के लिए अधिकृत है। ये तरह का विचार ये लोग के करने या कर के करने के लिए "कॉमिका फाउंडेशन" से ग्राहकों अधिकृत है।

2) मैं (अवस्था) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पेशा और विवरण जो कि आधार में दर्ज हैं वे सही हैं। मैं पुष्टि करता हूँ कि मेरा नाम, पता, पेशा का हकका सही है। इस संबंध में "अवस्था" राज्य द्वारा निर्धारित का निर्देश और अनुपालन करता हूँ।

संकेत: 0 0000 2 0000 का विचार



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

इसमें अधिभूत, इसकापरी की ओर से अधाले-पारी की "कोलिका पात्राभ्यन्तर" से विलिप्त भूभाग से तुलिकापि की जाती है, जिसे हम (इसकापरी) विषय प्रकाश से मान्य व प्रतीकित करते हैं।

1) यह कि न तो भारतीय और न ही भारतीय में शिविय महापातु किमी भी साक्षात् सम्मान या किमी अन्य गलेन में उन्नत लेगी, यमने में लेने या ले ले है, केरी कि हमने "कोलिका यमनेशन" में विपरीत/किमी उन्नत को सम्मान में "कोलिका यमनेशन" द्वारा गलेन हुं कि है। यदि "कोलिका यमनेशन" द्वारा महापातु किमी अधिक/सकारत हुं यन्तु नहीं किता गला है तो सम्मान किमी अन्य और साक्षात् सम्मान या किमी अन्य सम्मान में महापातु लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मान द्वितीय गलेन उन्नत लेगी, यमने हुं किमी और साक्षात् सम्मान या किमी अन्य सम्मान में नहीं लेता/लेगी।

2. "कोलिका काउन्सेलिंग" से ही यह सहायक संकेत विविध प्रकृति की है। रोने या झपटल हुए ही यह संकेत है किने को उपचार/प्रतिक्रिया का सुझाव देनी एवं हमसाल के बीच का रिश्ता है और "कोलिका काउन्सेलिंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमसाल में रोने में इलाज सुझा और आने जाने की खरी निम्नोपरी देनी एवं हमसाल की रोने और "कोलिका" की कोई राधिका या निम्नोपरी इस मामले में नहीं होती।

संयोज्यता को सिद्ध करें

11/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diseases of the Eye
(A unit of Sri Chandra Eye Care Trust)
36/41, Ring Rd - 81123

Mr. Lakshmi pathi N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Development of Hospital
(A Unit of State Health Service))

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

WATER TREATMENT PLANT

SIGNATURE of TRUSTEE 1
DATE TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी इलाहा 2

Erklärung

12/28