

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1022/1222

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/10/2022

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Parashivamurthy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Gnanamallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gundlupet Taluk, Bhatatalli, Chamara
nagar District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



preop postop
1222 Parashivamurthy

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

UNMARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

98,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्ट खाली छोड़ें

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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.	Chandamma	40	F	wife
2.	Maheshwama P	20	M	Son
3.	Tegarwini	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) रसदोका 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 LE Cataract
2	Surgeries Cataract - RE + PCOL

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 तो गई सहायता राशि
4	DBS	₹ 2000/-

DECLARATION by APPLICANT: **अवेरक ह्या घोषणा कर:**

- 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 कबल यह ही कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कबल गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात का गारंटी है कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह ही कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या इस प्रमाण पत्र का उपयोग नहीं करूँगा, उस राशि का अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (please go with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहाय्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचनालय द्वाारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद से करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहाय्य के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहाय्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अध्यापक श्री. राजेश कुमार शर्मा का निवास

AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 0000)

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:

- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकांश, हमसबारी को ओर से सम्मिलित करने को "कोलिका साइन्डेशन" से मिलिय सहायता हेतु भिन्न-भिन्न की जाती है, जिसे हम (हमसबारी) दिनांक प्रकार से सम्मिलित न करीका करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही संविधान में विहित सहायता किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य शरीर से उक्त ऐंगी/प्रायतः में लेने या ले रही है, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से रिजर्वेशन/विनिवृत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वरूप हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकाधिकतर हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अन्ततः किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय स्तर उक्त ऐंगी/प्रायतः हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में से ही सहायता केवल विहित प्रकृति की है। ऐंगी या अन्ततः द्वारा ही सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का प्रत्यक्ष ऐंगी एवं अन्ततः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखता नहीं है। इसलिए अन्ततः में ऐंगी के इलाज सुखा और अन्य जन्म की सारी विनिवृत्ति ऐंगी एवं अन्ततः की होगी और "कोशिका" को कोई व्यक्ति या विनिवृत्ति इस प्रायतः में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/10/22
ADY

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute of Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A unit of) Sree Siddaganga Hospital & Research Centre
Kolar, Karnataka

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

व्यावहारिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इमरान ।

Safeway

SIGNATURE of TRUSTEE 2
DATE: 11/11/2011

here