

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1022/1226

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/10/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Puttamodamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

52

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Doddamadasetty.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Gundlupeta Taluk, Kaggala post, Tatyambala

Apara Chamarajanagara District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop 1226 Post op puttamodamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. स्थायी खाते संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1.	Bellashetty. D			

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की 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 सबूत
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयता/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis RE Cataplexy AE cataplexy
2.	Surgeries Cataplexy RE + Prol

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 सी गई सहायता राशि
1.	DGS	2000/-

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 कबत हूँ कि इस प्रकार मैंने दिए 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) मैं इससे सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में था तथा है।

3) मैं यहाँ पर कबत हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का जमाता या सबल विभाग किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/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 पर अपने हस्ताक्षर या ओटो को जग लगाकर, मैं (अवेष्टक) अपनी सवधि की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एजेंसी न्यायी, राज, राजस्थान राज्य उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के दिने बिना भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पते पर या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायी अधिभूत है।

2) मैं (अवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे भगत, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एजेंसी उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आजकल की दुनिया में आर्टिफिशियल इंटेलिजेंस का नियंत्रण



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.

हमने जलियुन, इस्लामाई की ओर से गधले/लंगी की "कॉलिका फाउन्डेशन" से विलियन गहायल हेतु विधार्थिता की जाती है, जिसे हम (हममतल) किये प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो शायन और न ही कलियन में विलियन गहायल किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य संस्थ से उक्त रोगी/गधले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से विधार्थिता/विलियन उक्त सं सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। पर "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा गहायल विरुद्ध अस्वीकार/संकल हेतु समुह नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से गहायल लेने का अधिकार सुनिश्चित राखत है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदर उक्त रोगी/गधले हेतु किसी भी साकारी संस्था या किसी अन्य सम्बंध से नहीं लेण/लंगी।

2. "कॉलिका फाउन्डेशन" से ले रहे गहायल संकल विलियन प्रभुति की है। रोगी या हममतल द्वारा ये भी अस्पताल या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनल रोगी एवं हममतल से बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हममतल में रोगी के इलाज मुफ्त और खर्चे जाने की खाती बिम्बेछारी रोगी एवं हममतल की रोगी और "कॉलिका" को कोई भुमिका या बिम्बेछारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

11/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A Unit of Sri Ram Eye Care Trust)
पञ्जाब का राज्य चिकित्सा विज्ञान प्रशिक्षण संस्थान

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A Unit of St. John's Hospital & Health Care Trust)
St. John's Hospital & Health Care Trust, St. John's Area

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर ।

Exempted

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासी हस्ताक्षर 2

12/28