

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/1022/1239		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 11/10/22			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Neelamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम w/o Madappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Shetta halli, Gundlupete taluk, Bachchalli Chamarajanagara					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता Same as above				Preop 1239 Post op Neelamma	
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय -		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थायी खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल 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 सम्बंध	
1	Madappa	71	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरी आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 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 किसे गये विवरी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
1	Diagnosis PE - Codman LE - Codman				
2	Surgery PE - Codman + PCLDL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि		
1	DBCS		5000/-		

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 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 भी जा सकती है।

2) मैं इससे जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य प्रतिनिधीकृत/वीक/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूना।

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 उपाय पर अपने इलाका या जिले की स्तर समिति, व (अवरोधक) अपनी समिति की पुष्टि कराएँ एवं "कोशिका कार्टेजिंग और उसके न्यायोचर" को अधिकृत कराएँ कि वेग नाम, नाम, फोटो और जो विवरण इस उपाय में प्रोचिष्ट है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यायो, नाम, नामचयन द्वारा उद्देश्य से सुजी परिधिधित्व और उपायोचरों के लिये किसी भी उपाय नाममात्र से इस्तेमाल करने को निरु अधिकृत है। ये उपाय का विवरण को इलाक के पहले या बाद से करने को निरु "कोशिका कार्टेजिंग" व न्यायो अधिकृत है।

2) ये (आवेष्टक) इस बात से सहमत हैं कि वेरा पत्र, पत्र, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित हैं गुप्त रखे; सहायता का इस्तेमाल नहीं करना। इस संबंध में "बर्तिका" द्वारा उक्त व्यक्तियों का निर्बंध अतिरिक्त और बाध्यकारी होगा।

अज्ञानेन चैव जगत्सर्वं यत् अस्मिन्नेव विद्यमानं



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.

आपने अधिकतर दूरभाषी को और से आवाज़ें/तंगी को "कोलिका ज़ाइनडेशन" से विलीन ब्रह्मण्ड से सिद्धांत भी जारी है, जिसे हम (हमेश्वर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में किसी सहायक किसी भी साक्षरी संकेतन या किसी अन्य संकेत से उक्त रंगी/मामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका कागज-ढोल" से विधेय/विधित उक्त को सामर्थ्य में "कोशिका कागज-ढोल" द्वारा प्रदर्शित किया गया है। यदि "कोशिका कागज-ढोल" द्वारा सहायक विधित अधिकार/सहायक हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अंगवस्त्र किसी अन्य भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य सामर्थ्य से उक्त/सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंगवस्त्र द्वितीय प्रकरण उक्त रंगी/मामने हेतु किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य सामर्थ्य से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फायब्रोसा" से सी गई कक्षागत कोशिका विविध प्रकृति की है। ऐसी या इनमें से कुछ ही कोशिकाएँ या कितने कोशिकाएँ उपकारक/क्रियात्मक का चुनाव होती एवं इनमें से कोशिका का निर्धारण है और "कोशिका फायब्रोसा" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इनमें से ऐसी कोशिकाएँ चुनायी और जाने को जारी विनिर्देशों होती एवं इनमें से कोशिका और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का निर्धारण इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/10/22

Dr. Pragesh B N
Consultant Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshminipathi N
Member Executive

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्योन्य उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयश्री इस्तेफर 2

Exempel

2020