

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1022/1281

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gowamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

D/o Butthalarreddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D N Doddi, Ahanya, Daddahayakahadoddi

Makur Taluk, Kolari Karnataka 563139

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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	Krishnareddy	65	M	the band

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवृति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 क्या विवृति 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 RE- cataract + PCWL

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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	₹500/-



Pre op 1281 Post op Gowamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यः

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता शिवाय की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता पाने "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि विधि सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्ययिष्ठा या समान विधिया किसी अन्य प्रोवाइडर/बचत/बीमा कम्पनी से न ली गयी है और न ही भविष्य में ली जायेगी।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जतक प्रर कृत)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस ढर्रे पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस ढर्रे पर पेश किया है, उसे "कोशिका" वसुध न्यासी, दान, साधना/पथ दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी ढर्रे का विवरण मेरी हस्ताक्षर के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है, पूर्ण सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" वसुध उसके न्यासीयों का विवेक अंतिम और बाधकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आज के हमलावा या अंगूठे का दिग्गज



AGREEMENT by HOSPITAL (बिस्मिल हॉस्पिटल)

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.

हमारे अधिकृत, हमसफारी की उम्र से जल्मे/पैनी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु नियुक्ति की जाती है, जिसे हम (हमसफार) विभिन्न प्रकार से सहाय्य व समर्थन करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिव्यय में विविध महापक्ष किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उक्त ऐंटी-कमल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टर" में विमर्शित/विपरीत उक्त के संस्थान में "कोशिका काउन्टर" द्वारा मर हो कि है। यदि "कोशिका काउन्टर" द्वारा महापक्ष विपरीत अधिसूचनाएं हो वन्तु नहीं किया जाता है तो अमराल किसी अन्य गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थापन से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अमराल द्वितीय मर उक्त ऐंटी-कमल हो किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्टर" से ले गई महापक्ष कोष विविध प्रकृति को है। ऐंटी या हस्तगत द्वारा दो गई महापक्ष या किने तब उपचार/प्रक्रिया का पुनः ऐंटी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टर" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखा नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐंटी के द्वारा मुद्रा और खाने खाने को सारी विधेय ऐंटी एवं हस्तगत को होनी और "कोशिका" को कोई सुविधा या विमर्श ऐंटी सामने ले नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

18/10/22

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 Shree Siddhanta Eye Hospital)
इन्द्रिय चिकित्सालय, बंगलूरु

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्यामी इरावर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
व्यक्ति इस्थान 2

Erklärung

2028