

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1022/1299

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkataswamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o Sadappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Doddakadathur, Malur Taluk, Folon

Kannataka - 563130

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop postop
1299 Venkataswamy

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता 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 सम्बन्ध
1	Lakshminamma	44	F	Wife
2	Nagesh	28	F	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी रिकार्ड के साथ 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - PCIOLE LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + PCIOLE

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

- १) ये दोनका कहता है कि इस प्रश्नपत्र में दिए गए सभी विषयों में ही ज्ञानकारी को अनुसर साथ एवं खड़ी है। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो उसे महापठ विज्ञान की जा सकती है।

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/pul-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 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 Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस तरह या अपने हस्ताक्षर या अंगों की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्) अपने व्यक्तित्व की पुष्टि करता हूँ एवं "कोरिन्था काउंसिल और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, जोड़ी और को विवरण इस तरह में प्रेषित है, उसे "कोरिन्था" समूह न्यायी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे बिना भी इससे माध्यम से प्रचारित करने को तैयार अधिकृत है। मेरे द्वारा को विवरण में इनका को पढ़ने या क्लिप में करने को लिए "कोरिन्था काउंसिल" व न्यायी अधिकृत है।

- 2) ये (आवेदक) हम बात में सहमत हैं कि मेरा मन, पाप, फोरो और विषमता जो कि स्वभाव के उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे गलत, गलतप्राय का इकटारा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कथित" प्रथम उत्तरक स्वर्गीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अवधि: १०० दिनों का प्रमाण



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.

इससे अधिकतर इलाकों की ओर से सांसदों की "कॉंग्रेस फारवर्डेशन" से विविध सहयोग होत मिलिशान की जाती है, जिसे हनु (हमपास) नाम दिया जाता है मान्य व स्वीकारा जाता है।

- (१) यह कि न तो कवचन और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त गैर-पारदर्शक में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से निष्कर्षित/निर्गमित उक्त का सम्बन्ध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा चरद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकाधिकतर हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकतर सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्प्रदाय द्वितीय चरद उक्त गैर-पारदर्शक हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉलिका फाउन्डेशन" में भी यह संस्था अंधांधापे विधिवे प्रकृति की है। ऐसी पर इसका ह्रास दी गई सलाह या किने गये उपचारप्रक्रिया का सुपथ ऐसी एंव इस्पताल को दोष का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये इस्पताल में ऐसी को इलाज सुझा और आने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एंव इस्पताल की होगी और "कॉलिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

मन्वीकाली कं. लिमिटेड संस्मृति

18/10/22

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreejaya Eye Care Trust)
KUMARASWAMY ROAD, CHENNAI - 600 089

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj
M.M. Thirumala & Co. Private Limited, Hyderabad)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्यासो इस्लाम ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयदीप ठाकुर 2

Exempel

Rich