

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

N110271300

APPLICATION DATE :

18/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkatasamarappa

AGE-YEARS

जानु-वर्ष

SEX

लिंग

64

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Das nayaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Vokkalani, Kolari district, Karnataka

- 563130

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(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 निशान 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 से संबंध
1	Ramakka	53	F	Wife
2	Ramesh	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोक्ता 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/पुखी संलग्न
1	Diagnosis RE - p10L LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + p10L

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 लगे गई सहायता राशी
1	DBS	2000/-

Preop postop
1300 Venkatasamarappa

- 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.

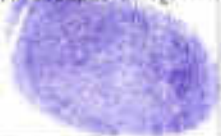
- 1.) मैं सोचता हूँ कि इस प्रश्न में जिसे एवं सभी विचारों की जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो वेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2.) जो द्वारा जो सहायता दिला "कोशिका काउन्टिंग" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में करा गया है।
- 3.) मैं पूर्ण करता हूँ कि किस प्रकारका हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दृष्टि का अंतिम या सफल विचार किसी अन्य छात्र/पिछोड़क/योग्य कम्पनी में न तो लिया है और न ही भविष्य में लीए।

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 Kashiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठी को लगा लाएँ, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को बुद्धि बता रहा हूँ एवं "कॉलिका काउन्सिल और इसमें शामिलों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दीया है, इसे "कॉलिका" एक्ज्यूटिवी, सच, सचकायत द्वारा इन्दौर में बुद्धी-गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रसारित करने को नित् अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में इसका जो पता या कार में करने को नित् "कॉलिका काउन्सिल" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक को इन्दौर में प्रेषित है मुझे स्वतः, सहजता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलिका" एक्ज्यूटिवी उसमें शामिलों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक: श्री अशोक कुमार श्री अंगुरी का निवास



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.

हमारे अधिकार, हमसहरी की ओर से मामले/परी की "कोशिका बाउन्डरी" से बिलियन सहायता हेतु भिन्नता की बात है, जिसे हम (हमसहरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संरक्षण और न ही अधिकार में किसी सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उठाए होनी चाहते हैं। वे तो हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विचारित उठाए के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अधिकार/कला हेतु बनाने नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाए होनी चाहते हैं। किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो वह सहायता दोस्ताने विधि प्रकृति की है। तो भी पर हमारा द्वारा दो गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होने एवं हमारा तो बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा में तो भी के इलाक मुफ्त और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी तो एवं हमारा की होनी और "कोशिका" की कोई भुमिका इस जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Sri Dr. B. R. N. & Reg. N. C. with Govt.)
H.No. 1, Raju Nagar, B. R. N. & Reg. N. C. with Govt.

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Venkateswara Hospital Trust)
U/M Thirumala Hospitals, Outer Village, Thirumala

SIGNATURE of TRUSTEE 1

श्रीगुरुभ्यो नमः ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो इत्यादि २

1000