

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1317

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sarojamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

w/o Mamevenkatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

D NO. 1/29 Achubatu

Krishna Gird

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

31000/-

(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 लगावे)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा 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 सूची संलग्न
①	Diagnosist RE - PCTOL LE - cataract
②	surgery LE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशि
①	D.B.C.S.	2000/-

Pre-op Post-op
1317 - Sarojamma

DECLARATION by APPLICANT: under the laws of the State of New York, I declare that the information furnished herein is true and correct to the best of my knowledge and belief.

- 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 Kashiika 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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गये सभी विवरण सही और सत्य हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि यदि मुझे कशीका फाउंडेशन से सहायता मिलेगी, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस सहायता के लिए प्रार्थना की थी।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैंने और भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से इस सहायता के लिए कोई भी रिफंड या रीकम्पेंसेशन नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अभिनेता द्वारा स्वीकृति)

- 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/post-upreproduce 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आपकी स्थापना को पूर्णतः सहमत हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस आवेदन में संलग्न है, इसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसार, प्रदर्शन या अन्य उद्देश्य के लिये प्रसिद्धिपूर्ण और उपयोगी बनाने के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को निम्न अधिकृत है। मेरे आवेदन का विवरण मेरे प्राप्त की जाने वाली सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों के अधिन है जुड़ने स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उनकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकारणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदन के अनुसार या अंग्रेजी का विवरण

() LTI

AGREEMENT by HOSPITAL (병원 동의)

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 this matter.

हमारी अतिथिगत हमाराधारी की सेवा में आपकी/आपकी को "वैश्वविद्यालय परामर्शदाता" में विशेष महत्वपूर्ण सेवा निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमself) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही राज्य में विधि सभाया किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य प्रतीक से उच्च होती/पावनी में लेगी या ले गई है, जैसे कि इनमें "कोरिफा काउन्डेशन" से विकसित/विहीत इस से सम्बंध में "कोरिफा काउन्डेशन" द्वारा सार हेतु कि है। यह "कोरिफा काउन्डेशन" द्वारा प्रभावित विनित सारिफ/सकल हेतु मन्दुर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य प्रभावित से प्रभावित लेने या अधिकतम सुविधा प्रदात है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मरर उच्च होती/पावनी हेतु किसी भी साक्षरी संकेत या किसी अन्य साक्षर से नहीं प्रभावित।
2. "कोरिफा काउन्डेशन" से जो नुं सभाया संकेत विनित प्रकृति को है। ऐसी या प्रभावित इस से नुं साक्षर या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होती एवं प्रभावित को बीच का विषय है और "कोरिफा काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए प्रभावित में ऐसी को प्रभावित सुरक्ष और आने जाने की सारी विनियमों होती एवं प्रभावित को होती और "कोरिफा" को कोई सुविधा या विनियमों इस सम्बंध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अमीरकुली के लिए संस्मृति

Date of Surgery

अपेक्षाओं को ध्यान में रखते हुए,
अपेक्षाओं को ध्यान में रखते हुए,

18/10/21

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
(Institute for Sightless & Blind)
(A unit of Shree The Eye Care)
3000, Durgam Chaloor, Bangalore

M/s. Lakshminipathi N
Manager Chennai

Institute for English Studies of Authorised Signatory
 (A Unit of Supadana College of Arts and Social Sciences)
 # 16/M, Thammachart Road, Thammachart Park, Bangkok 10110, Thailand

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE _____

આમને કારણે આજીવન સુખી રહેવાની શક્યતા વધે છે.

Erfranz

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

10/1/78