

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1022/1322

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/10/22

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddmalie Gowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

c/o Putta Siddle Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A/25th 1st Cross, Cauvery Nagar

Hunasemara Banashankari, Bangalore

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- Same as above -


 preop postop
 1322 Siddemollegarda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. नम्बर का प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाखल हैं? (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएँ)

Yes / No

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 सम्बन्ध
1)	Mahadevamma	51	F	Wife
2)	Maresh S	33	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निशान का उद्देश्य:

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

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 ली गई सहायता राशि
1)	DRCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: महोदय, मी खालीलप्रमाणे

- 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 कतार दूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसम असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ति के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कतार दूँ कि मैं किसी सहायता हेतु या प्रत्युत्तर के लिये इस राशि का कौनसा भी स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो लिखूँगा और न ही प्रत्युत्तर दूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कराया)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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) मैं इस पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अवगत चाहति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, इसे "कोशिका" एकाग्र न्यासी, दान, मासिक/मास दाने उत्प्रेषण से कुछी तीर्तिधियाँ और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मेरे उद्देश का विवरण मेरे उद्देश को पहले या बाद मे करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उत्प्रेषण में प्रयुक्त है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकाग्र उसके न्यासीओं का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेष्टक के हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इसकाही को जंग से घासफूसी को "कोशिका वातावरण" से मिलिय सहायता होत भिन्नरित की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से भन्ना व स्वीकारा करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्जदार और न ही अधिकार में विविध सहायता किसी एक सारकारी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उठाए/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका काउन्टील" में लिफाफा/विपरीत उठा के समय में "कोलिका काउन्टील" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका काउन्टील" द्वारा सहायता किसी अधिकार/मकल हेतु बनता नहीं किया जाता है तो अमपाल किसी अन्य एक सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुचित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अमपाल द्वितीय मरद उठाए/पायल हेतु किसी एक सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेती।
2. "कोलिका काउन्टील" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी या इमपाल द्वारा दी गई सहायता या बिने गये उपचार/उद्दिष्ट का सुपन ऐसी एवं इमपाल के बीच का विषय है और "कोलिका काउन्टील" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए इमपाल में ऐसी के द्वारा सुपन और आने जाने की पूरी जिम्मेदारी ऐसी एवं इमपाल की होती है और "कोलिका" को कोई मुश्किल या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

संजीवनी के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अभिषेक की तारीख

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreeji - 1997)

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital/Trust)
(A unit of Sri Sankarashan Trust)
EIM, Thiruvananthapuram, Kerala, India

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION जनार्तिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इतरांनाही ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी हमलावा ३

Erfaugel

Self