

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1393

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gulavah

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

67

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कायस्थ का नाम

s/o Kempeiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

#1611/ Dadda Gurugara Street, Bapura

Hobali Malavalli Ja Belakavada Mandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

Same as above

Ph of Phe of
1393. Klasha

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cooli

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

32,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई 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

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	Kempeiah	60	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) सर्वोच्च रेट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ 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	Diagnosis 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 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	2,000/-

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 हिमन्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फायरवॉश", से ली जा रही है, उसका उपयोग उच्चो उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य कोटि/निष्प्रेषण/वीर्य कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोयोग" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संश्लिष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साक्षरता दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से अधिभूत है भुक्त प्रत्यक्ष; सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोयोग का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

સાવેરક નં. ૬૫૫૭૭૭ યા ભંગુડે વડુ પિયળ

LT I

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 अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मामले/पैगों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु नियोजित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- (1) यह कि न तो धारित और न ही अधिष्ठात में स्थिति सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थापना से उक्त टोपी/पायले में सेने या ले रहे हैं, जिस कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्देश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्देश अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रालयी किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त टोपी/पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थापना से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फायनडेशन" से ली गई सहायता कोशला विधिवत प्रकृति की है। ऐसी पर इम्प्लान्ट द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्प्लान्ट के बीच का विषय है और "कोशिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसलिए इम्प्लान्ट में ऐसी के इस्तेमाल सुझा और अपने अपने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कोशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Dr. Nagesh B N RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Consultant, Medical Superintendent स्वीकृती के लिए संस्तुति

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Cornea, Contact & Refractive
Institute for Diseases of Eye
(A unit of Shreevastu Eye)

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डाक्टर का नाम व इलाका व टिप्पणी

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of H.S. Patel)
(A unit of Shree Sai Hospital Trust)
5/4, Thimmarasu Road, Vikram Sarabhai Area.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायसौ हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2

Exempel

sent