

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/1021/11111

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

29/10/21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahalingayya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Ugrappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Billigere, Kibbanahalli

Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

- Same as above -

pre op post op
1441 Mahalingayya

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25000/-

(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 लगायें)

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	Radhamma	50	F	wife
②	Ravish	37	M	Son
③	Girish	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ष 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 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 + ptnc

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

- 1) मैं शोकना करता हूँ कि इस प्रकरण में दिने गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसंधान साम्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एगि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भग गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता होत वह प्रार्थना को तब है, जब एगि का आर्थिक या सकल विपन्न किसी अन्य कोटिपिठोवक/जीवा काम्नी से न ली गया है और न ही भविष्य में लीगा।

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-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 ओपन की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साक्षरता द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આવેદક જે હમણાં પા અંગુલે થા નિયમ

concentrate

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 अधिकांश इलाकाओं की ओर से सासले/पेली को "कॉरिडोर फाउन्डेशन" से मिलियन सहयोग देना प्यकारिज की जाती है, जिसे हम (इण्डिया) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो सार्वजन्य और न ही अधिपत्य में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य तबोत से उक्त रोगी/सामग्री में लेने या ले खंड है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निगमनित/विनियत उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदप हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियत अधिकाधिक/सफल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुध्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मन्द उक्त रोगी/सामग्री हेतु किसी गैर सरकारी संग्ठन या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विहित प्रकृति की है। रोगी या हस्तगतल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का शुल्क रोगी एवं हस्तगतल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायव नहीं है। इसलिये हस्तगतल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी गारन्टीयों रोगी एवं हस्तगतल को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बन्ध में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

22/10/21

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Diabetes & Eye Care
on behalf of Shreevastu)
A unit of Shreevastu Eye Care Hospital
No. 2-3, Kirti Nagar, New Delhi-110015

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Erasmus

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्तखार 2

here