

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1H79

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Basappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#59, Near Temple, Ahalikere, Kanakalud
-ra, Hassan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(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 चिह्न 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 के साथ सम्बन्ध
①	K.B. Vinupaksha	32	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैश के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छापा 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 + PCIO

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 वही गई सहायता राशि
①	DBCS	2,000/-

Pre-op Post-op
1H79 Basappa

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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाठ्य विरक्तता भी जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापाठ्य राशि "कोशिका का प्रयोग" से सीखी जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस महापाठ्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य कोश/विशेषज्ञ/अन्य कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 (अन्वेषक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायी, धन, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वित्तव्ययों के तथ्य किसी भी प्रस्ताव या प्रमाण से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अन्वेषक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को इनामा या भेंट का विधान



41

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:

- 2) 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.

इसके अधिकार, इलाखी को और से मामले/एंगी को "बोशिया फादरनेशन" से विविध सहायता हेतु विकारित को जारी है, जिसे हम (इम्प्युल) विम प्रकार से मध्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विहित महापताल किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त रोगी/पागल में लेने या ले रहे हैं, बल्कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से शिकारी/शिकरिता उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा महापताल विहित अतिरिक्त/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सामान्य से महापताल लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पदर उक्त रोगी/पागल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सामान्य से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉलिका फाइनडेशन" में ली गई सहायता केवल विधिवत प्रकृति की है। ऐंगी या इन्वॉलेंट द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इन्वॉलेंट के बीच का विषय है और "कॉलिका फाइनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए इन्वॉलेंट में ऐंगी के इन्तजाम सुझा और जाने जाने की सारी ज़िम्मेदारी ऐंगी एवं इन्वॉलेंट की होगी और "कॉलिका" की कोई धनिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

Dr. Nagesh B N
Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shrinagar Institute of Ophthalmology)
KMC Pimpri, Pune - 411 004

29/10/21

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्रीमती. कल्याणी ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 व्यास हाथधार 2

Rich