

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1021/1H80

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

29/10/21

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Huchappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Halagi Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hobragilavada Gandali, Gandali, Hallan

Asalike

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

Pre-op Post-op
1H80 Huchappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cookie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(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 दाखल हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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	Sarajamma	36	F	wife
②	Manjunatha	31	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPC Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
②	Surgery LE Cataract + PCICL

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 लेई गई सहायता राशी
①	DBCS	2.000/-

DECLARATION by APPLICANT: अभिषेक कुमार सोनिया (N)

- 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 प्रत्येक में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विषयक एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से उसे या नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्येक में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से, या प्रत्येक की कोई है, इस राशि का व्ययित्त या प्रत्येक किसी अन्य स्रोत/निर्माणाधीन कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, दान, पाठ्यक्रम दूसरे उद्देश्यों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से इस्तेमाल करने को लिए अधिकृत हैं। ये प्रपत्र का निष्पत्ती में प्रदान की गईले या संग्रह करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग है मुझे स्वतः सहायता का हक्का नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा इसकी स्वीकृति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आविष्कार के हमसफ़र या अंगुली का पिछान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कराया)

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.

हमारे अधिकृत, हमलपारी को और से आपकी/एंगे को "कोई/का प्रारम्भ/अन्त" से विनियमन करवाएंगे और विनियमन को जारी है, जिसे हम (हमलपारी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व हो संविधान और व हो संविधान में विहित व्यवस्था किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य शरीर से उक्त रोटी/पास्ते में होने या तो रहे है, जैसे कि हमने "कॉन्सिका फाउन्डेशन" से सिविल/प्रतिष्ठान उक्त के संस्था में "कॉन्सिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉन्सिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित सार्वजनिक/प्रकृत हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थागत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मर उक्त रोटी/पास्ते हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं लेना/लेगी।
2. "कॉन्सिका फाउन्डेशन" में ही यह व्यवस्था संभव विहित प्रकृति को है। रोटी या इत्यादि द्वारा हो गई अनाज या किये गए उपहार/प्रक्रिया का चुनाव रोटी एवं इत्यादि को बीच का विचार है और "कॉन्सिका फाउन्डेशन" ही किसी प्रकार का कोई उत्तर नहीं है। इसलिए इत्यादि में रोटी के प्रत्यक्ष सुरक्षा और देने देने की स्वी जिम्मेदारी रोटी एवं इत्यादि की होगी और "कॉन्सिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अजीकाली में लिए संस्कार

Date of Surgery

अध्ययन को जारी रखें

29/10/21

Dr. Nagesh B N

Consultant, Medical Superintendent,
Cornea, Cataract & Refractive Surgery
Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shri Krishna Eye Clinic Trust)
KMC BANGALORE

At the beginning of the N

Dr. Lakshminarayanan
Lakshminarayanan

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shradha on behalf of Hospital)
M. Thimmappa, Director, Shradha, Andhra Pradesh.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अभी हाल ही में

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्यासो हस्त्यस्य २

Rich