

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : N/1122/1562
आवेदन संख्या : N/1122/1562
APPLICATION DATE : 15/11/22
आवेदन तिथि : 15/11/22

NAME of APPLICANT : Jayarama naik
आवेदक का नाम : Jayarama naik
AGE-YEARS आयु-वर्ष : 54
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : s/o Sidda nayaka
पिता/कटुम्भ का नाम : s/o Sidda nayaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kaggala Gundlupete taluk Chamrajnagar
district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
Same as above

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय : Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME : 30,000/-
कुल वार्षिक आय : 30,000/-
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
(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 लगाएं) Yes / No
हां / नहीं



powop poslop
1562 Jayarama naik

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	Prasa Shiva naik	28	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशम के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 प्रीतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौं गई सहायता राशि
1	DBCS	2,000/-

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 दिये गये सभी विवरण सच और सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं बताया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में या भविष्य में कभी भी, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से जो भी मदद मिले, के लिए या पूर्ण रूप से नहीं 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 its 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 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) इस प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्येक में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीयों, दान, सहायता इत्यादि उद्देश्य के लिए प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के लिए घोषित है उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् न्यायीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जा रही है कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मदद व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निरस्त की जाएगी तो अस्पताल को सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा उक्त रोगी/रोगी के लिए मदद के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों से मदद व स्वीकार्य नहीं लेंगे।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग की जाएगी, जो इस प्रत्येक में बताया गया है। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों अधिकृत है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/11/22	 Dr. Laxmi Dorennavar (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) Consultant - Phaco & Refractive	 Mr. Lakshminathan Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) यह व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
--	---	---

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीयों हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीयों हस्ताक्षर 2
--	--