

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1223/1601

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/12/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gangaiyah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Rangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kamesamudra Arasilene Hassan

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 से संबंध
1	Thayamma	51	F	Wife
2	Shivanna	92	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण उप (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 RE - cataract + PLOI

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 ली गई सहायता राशी
1	DBCS	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 जोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में विवेचने वाले सभी विचारों को समुचित रूप से देखा जाए। यदि कोई विचार एवं कारण असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता गति "कोशिका काउन्टिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उच्च स्तर के पुर्ण से लिखे बिना साधक, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं ज़रूर बताऊँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उन गति का कोशिका या मूलक विचार किसी अन्य सोल्यूशन/प्रकार/विधि/मार्ग से न ले लिया जाए और न ही धीमे से लेंगे।

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 उत्तरदाता या जगदीश की छात्र सहायक, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" राज्य न्यासी, राज. याचका/या दूतों उद्देश्य से जुड़ी पत्रिकाओं/पत्रों और उपलब्धियों के तहत किसी भी प्रकार प्रकाशित से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों में प्रार्थित है पूर्ण स्वतः सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" राज्य उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



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, हमारा ही को जो से मामले-ऐसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से विलियम जहागल हेतु मित्रता को जाते हैं, जिसे हम (हमारा) विम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही व्यक्ति में विविध सहायता किसी नैतिक साधन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरते में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिक्लीस/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सफल हेतु समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य नैतिक साधन या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मरते हेतु किसी नैतिक साधन या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गए सहायता केवल विविध प्रकृति को है। रोगी या हमसफर द्वारा दी गई सलाह या बिदे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमसफर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसफर में रोगी की इच्छा मुक्त और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसफर को होती और "कोशिका" को कोई भुवि का जिम्मेदारी हम मरते में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संयुक्ति

05/12/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive Surgery
Sri Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya, Mumbai-400 007.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इगतकर ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इमलाखा २

2020