

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundationpre op post op
1632 Shivanna

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1223/1632

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

8/12/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shivanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

s/o Kapanigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Tumkur

Karnataka

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 करें)

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

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

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

BPL 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) इपधोका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये निम्नो 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 + P.C.T.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य को 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 ले 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में विवेचन योग्य जानकारी को अनुसूचा सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापदा निभाने को या सकारणी है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापदा एन "कोलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में भरा गया है।
- 3) मैं प्रतिज्ञा करता हूँ कि बिना महापदा से न तो प्रार्थना की गई है, उस एन का आर्थिक या सकारण विवरण किसी अन्य फाउन्डेशन/कोमि कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfillment 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 Krishna Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने हस्तक्षेप या अंग्रेजों की सहायता, मैं (आनेवाला) अपनी सभ्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पद, फोटो और विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायीय, चर, याचनाया दून उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और वपनभित्तियों के लिये किसी भी प्रकार काध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण में इसलिये के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आनेवाला) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पद, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकफर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवश्यक के हवाला पर अंगरेजों का निगान

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:

- (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.

इससे अधिकतर, इस्तेमाल की ओर से धमकें-धमकी को "कोशिका फाटने" से बचाने का प्रयास है। जिससे हम (हमself) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही शीघ्र ही में विविध सहायता किसी एक सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए जाएगी/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विज्ञान/शिक्षण/उद्योग को समर्थन में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अशिक्षित/सकल हेतु गन्तु। यही किता जाता है तो अस्पताल किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाए जाएगी/पायले हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेए/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई गणना कोषल वितरण प्रकृति को है। रोगी या इन्फेक्शन द्वारा दी गई मलाह या किये गये उपचार/उद्दिष्ट का पुरावा रोगी एवं इन्फेक्शन को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में रोगी के इलाज सुझा और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इन्फेक्शन को होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

संयोजकता के लिए संरचना

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennarui
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
M. Thirumangalakudi

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम: इम्तियाज ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

15-06-2023