

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/112/1772

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

18/11/2021

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

S/O Chikka Hanumaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kundlupete TA Hennegowdamballi

Channarayana Nagar, Devanahalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

AN 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

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.

Siddamma

55

F

wife

2.

Siddaraju

30

M

son

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

BPL Card
(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा 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 प्रतिबंधन सूची संलग्न

1.

Diagnosis

RE - Cataract

LE - Cataract

2.

Surgery

LE - Cataract + PCTOL

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

Sr. No.
क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
ली गई सहायता राशी

1.

DBCS

8000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र: _____
I/We hereby declare that the above information is true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, null and void.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the purpose for which it was requested by me. I shall not claim, in future, any of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount received from Koshika Foundation.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or whole, for the expenses incurred by me for which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण भेरी जासकरी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन उल्लेखित है, तो इस प्रारूप में धरा गया है।

2) मेरे दाय जो सहायता यधि: "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग वसी उद्देश्य को पूर्ण की लिये किया जायगा, जो इस प्रारूप में पते में है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उसे राश्री का भारितक या स्वतंत्र विद्यापीठ/

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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या आंगठ को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम,

1) इस प्रश्न पर अपने हस्तक्षर या आंगठ को छाप लगाकर, मैं (आपदेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका" फाउंडेशन और इसके कर्मियों को पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम के माध्यम से प्रचारित करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे रूपन का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" से व्याप्त आशंकित है।

“कोशिका” एकम् उसके व्याख्यान का निर्णय अतिथि और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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:

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for treatment at Koshika Foundation (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 basis of the recommendation between the patient & the Hospital, and in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will have no role or responsibility in the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the basis of the recommendation between the patient & the Hospital, and in no way influenced by Koshika Foundation.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The Hospital will have no role or responsibility in the matter. The patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter. Koshika Foundation 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.

हमारी अधिकृत, इस्तेमाल की और से पायलट/प्राणी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
हमारे अधिकृत, इस्तेमाल की और से पायलट/प्राणी को "कॉशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

हमारे अधिकृत, इसलिये भी और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता विनित आर्थिक/सकल हेतु मज्जुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल से निष्कारि/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यह पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मापल हेतु किसी से निष्कारि/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यह पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त रोगी/मापल हेतु किसी से निष्कारि/विनित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है।

से सिफारिश/विनियम उद्योग के सम्बन्ध में "कोयला फाउंडेशन" द्वारा वर्ष १९७५-७६ में की गई थी। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सुनिश्चित रूप से किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सुनिश्चित रूप से किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल सुनिश्चित रूप से किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है।

2. "कोशिका फाटने" से ली गई सहायता कोषल कृति प्रकृति की है। रोणी पर इम्पल्ट डायरी गई सहायता या कृति पर उपचार/प्रक्रिया की पुनर्परीक्षा की जाती है।

के बीच का विषय है और "कोशिका फाड़ने" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी नुकसान नहीं होगा और "कोशिका" को कोई भी नुकसान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

के लिए संस्तुति

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 Dr. Nagesh B. [Signature]
 Consultant, Medical Superintendent,
 of Refractive Surgery
 Mr. Lakshminathi N
 Manager Outreach
 & Stamp of Authorised Signatory

Date of Surgery आपरेसन की तारीख	Consultant, Medical Superintendent Cornea, Cataract & Refractive Surgery Institute for Diabetes & Eye Care Shivdatta Eye Care Trust (Signature)	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (Signature)	Date
------------------------------------	---	---	------

18/11/2021

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2
SIGNATURE of TRUSTEE 1		

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	
--	--

	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	
	

24.08.2021

24.09.2021