

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

APPLICATION No. : N/1222/1870
आवेदन संख्या :
APPLICATION DATE : 21/10/22
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Appaji
आवेदक का नाम
AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 60
SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Late Siddegowda
पिता/कन्या का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
#91 N Kodihalli Village, Mihuragudi Post, Maddur Taluk, Mandya, Karnataka
वर्तमान आवासीय पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
Same as above
स्थायी आवासीय पता



Pre op 1870 Post op Appaji

OCCUPATION : Coolie
व्यवसाय
MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 25,000/-
कुल वार्षिक आय
(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. :
आय का प्रमाण पत्र

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
I am not an income tax assessee (I am not an income tax assessee)
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 सम्बंध
1)	Sarajamma	55	F	Wife
2)	Prasad Kumar	33	M	Husband
3)				

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की प्रत संलग्न करें (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) उपभोग्य 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 PE Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PC IOL

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 सी गई सहायता राशि
1)		

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 यह समझता हूँ कि इस प्रश्न में दिने गये सभी विषयों में ही जानकारी को समुदाय सत्य एवं सही है। यदि कोई विषय एवं कथन अवास्तव प्रतीत होता है तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता उचित "कोशिका पाठ्यक्रम", से तो जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यह समझता हूँ कि जिस सहायता को मैं जा प्रार्थना कर रहा हूँ, वह उचित का अनिवार्य या सफल विचार किसी अन्य कोशिका/विषय/कथन/कथनों से न हो लिये जा और न ही भविष्य में लीया।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 Kashioka Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाज पर जोर देने की जगह सलफर, मै (ज्वैलरक) अपनी सामग्री को मुष्टि करता है एवं "कोलिका फाउंडेशन और इसकी ग्लोबल" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, माता, पौरो और जो विभाग इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोलिका" एम्ब्लम, चमू, पाकपात्र घुमे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तब तक जारी रखें जब तक कि प्रभाव से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोलिका फाउंडेशन" व ग्लोबल अधिकृत है।
- 2) मै (ज्वैलरक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, माता, पौरो और विभाग जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोलिका" एम्ब्लम इसकी ग्लोबल को निर्देश देता है और सम्बन्धित होता।

आपके लिए हमारे पास एक विशेष ऑफर है।

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.

इसके अतिरिक्त, सहायता की ओर से मातृसंस्पर्श को "वर्तिका मातृसंस्पर्श" से वर्तिका सहायता हेतु विभाजित की जाती है, जिसे हम (अपवाद) निम्न प्रकार से माय व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विविध सहायता किसी गैर स्थायी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उक्त श्रेणी/मार्गों में होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विनिर्दिष्ट उपाय के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा चरु हो। कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अधिकार/सकल हो। मनुष्य नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य गैर स्थायी संस्था या किसी अन्य संस्थाएं से सहायता देने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस भूमि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्तर्गत द्वितीय खंड उक्त श्रेणी/मार्गों हो। किसी गैर स्थायी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से तो गैर सहायता कोशित विविध प्रकृति की है। श्रेणी पर इन्तजाल द्वारा दो तब, कदाचित्त या बिने गये उपयोग/प्रतिष्ठा का मुख्य श्रेणी एवं इन्तजाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इन्तजाल में श्रेणी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी विनियमों श्रेणी एवं इन्तजाल की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

समीक्षाती मी लिखू संस्तुति

21/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of the Doctor)
Consultant - Plastic & Refractive

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
S/M, Thimmarathu Road, Millar Park, Red Area

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

Befragung

10/11/18