

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(Healthcare)

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या : N/1222 /1900

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 22/12/22

NAME OF APPLICANT:
अर्हदार् का नाम Kashiyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 60SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कन्याका नामw/o Arimugam

PARENTS' RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पत्ता# 183, Dr. TCM Royan Road, Behind Om Shakti Temple, Jal Bheem Nagar Chikpet BangalorePERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासस्थान पत्ताSame as above

OCCUPATION: व्यवसायHome makerMARRIED (विधवा) / UNMARRIED (अविधवा)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय-(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संपन्न)

PAN No. स्वामी खाता संख्याARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख है (को मान्य हो उस पर चक्रा की विवरण सज्जन)Yes / No हाँ / नहीं

Basis for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए बिना आधारBPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे ग्रन्थम पर (ग्रन्थम पर की छाप प्रति संलग्न करो.)EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग ग्रन्थम पर (ग्रन्थम पर की छाप प्रति संलग्न करो.)Ration Card (Attach Copy) उपयोक्त कार्ड (ग्रन्थम पर की छाप प्रति संलग्न करो.)Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये बिल्ली का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्याSr. No.
क्रम संख्याMedical Reports/Prescriptions Attached
रोगराश्व/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबेदन सूची संलग्नDiagnosisRE - Cataract
LE - CataractSurgeryRE - Cataract + pical

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

Sr. No.
क्रम संख्याSr. No.
क्रम संख्याNAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नामAMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
सी गई सहायता रशी

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी घोषणा गिराने की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो घोषणा राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्नीस इंदरप की पुर्तियों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि जिस घोषणा से पता चला है, उस राशि का अंतिम या अंशक हिस्सा किसी अन्य कोटिनिर्देशक/वीथी कम्पनी से न ली जायेगी और न ही पश्चिम में ली जायेगी।

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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने इलाक़ा या ज़िले की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सवारी की दुष्टि करता हूँ एवं "कोलिका काउंटीशन और उसके नतीजों" को अधिस्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ा है, इसे "कोलिका" एक्ज़म्प्लर, राय, याचक/या चुनने वाले/से से जुड़ी गतिविधियों और वृत्तांतियों के तहत किसी भी प्रकार याचक/से प्रसारित करने के लिए अधिस्त है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाक़ा के पहले या बाद से करने के लिए "कोलिका काउंटीशन" व नवी अधिस्त है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सवारी हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे पता: सहायता या इलाक़ा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोलिका" एक्ज़म्प्लर इसके नतीजों का निर्णय और याचक/या चुनने वाले/से से जुड़ी गतिविधियों और वृत्तांतियों के तहत किसी भी प्रकार याचक/से प्रसारित करने के लिए अधिस्त है।

साथे-साथ ही इसका मतलब है कि आपका काम और आपका व्यवसाय भी सही दिशा में चल रहा है।



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.

इससे अधिकतर, इसकाफ़ी की ओर से समर्थन/पैनी को "कॉन्सिदा काउन्सेलर" से विविध सहायता हेतु पिछड़ित की जाती है, जिसे इस (इन्सुलिन) विमल जगत से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकारों में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए/पाने में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाइंडेशन" से विपरीत/विपरीत उठा के संस्था में "कोशिका फाइंडेशन" द्वारा गहरा हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइंडेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्था हेतु प्रचुर नहीं किता जाता है तो संसदाल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार मुक्ति रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि संसदाल विशेष गहर उठा एंटी/पाने हेतु किसी भी सरकारी संस्था का किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाइंडेशन" से ही वह सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। एंटी पर संसदाल द्वारा ही वह सहायता का निर्णय गने उपचार/प्रक्रिया का प्रचुर एंटी एवं संसदाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाइंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये संसदाल में एंटी के सहायता सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी एंटी एवं संसदाल की होती और "कोशिका" को कोई मुक्ति या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होती।

सन्धिबद्धता के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ਅੰਮ੍ਰਿਤਸਰ ਦੀ ਤਰੀਕ

22/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of State or Local Government or Trust)
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION भारतीय न्यायपालिका

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Defendant

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवम्बर् २

2017