

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N1012311960

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 3/1/23

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Putta Siddamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 70

SEX लिंग: F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम: 2/o Gopalaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Puttaiahnagara, Keligowdanahalli, Gundlupet
Channarayana, Karnatak

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: -

(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 सम्बंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) उपभोक्तृ 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 PC Catomax LE Catomax
2)	Surgery LE Catomax + PC T. ok

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1)	DRUGS	2000/-



PNOP Postop
1960 Putta Siddamma

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो 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.

1) इस प्रश्न पर अपने इसाक्षर या अंग्रेजी की छाप लगाकर, मैं (अश्वेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साधनाया द्वारा उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार पाठ्यक्रम से प्रसंगित करने के लिये अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण मैं इसका को पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अश्वेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे भवतः सहायता का इकाएक नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आनेएक से कमतर या अंगुले या 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 अधिकांश, हमारा भी जो लोग से मायाने/सोनी को "कोशिका सायमंडेशन" से विविध साहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इयनशास) विम्व उपकार से मायन व ज्योकार करते हैं।

1) यह कि व से संशोधन और व की अधिकांश में विविध साक्ष्यता किन्ती और साक्ष्यता संशोधन या किन्ती अन्य व्यक्त से उक्त रंगी/प्याले में लंगे या से लें हैं, जैसे कि इनमें "कोरिका काउन्सेल" से विचारित/विनिर्दिष्ट उक्त के संशोधन में "कोरिका काउन्सेल" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोरिका काउन्सेल" द्वारा साक्ष्यता विनिर्दिष्ट आशिक/सकल हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अप्रत्याशित किन्ती अन्य और साक्ष्यता संशोधन या किन्ती अन्य संशोधन से साक्ष्यता लेने का अधिकार सुपेक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अप्रत्याशित द्वितीय मरद उक्त रंगी/प्याले हेतु किन्ती और साक्ष्यता संशोधन या किन्ती अन्य साक्षन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्टेन्स" से तो यह सहायता खोस मिलिय प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाएँ हुए दो याँ सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हमलाएँ में ऐसी के इलाज सुझा और जन्मे जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलाएँ की होगी और "कोशिका" भी कोई प्रमिदा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

3/1/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Do & Regn. No with Stamp)

(Name of the & Designation of the Officer)
MBBS, MS, FRCS (C)
आपका वह नाम है जिसका वह अधिकारी है, उचित है
Consultant - Plastic & Reconstructive

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
 (A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
 1st, Thimpothi, Mumbai - 400 005, India

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यासी इन्स्टिट्यूट ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्लाम २

2018