

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

N/0123/2061

APPLICATION DATE :

11/1/23

आवेदन संख्या :

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT :

Suresh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

M

आवेदक का नाम

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

S/o Late chinnaswamy

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

265 - 1, 2nd cross, Kanyanagar, 1st & 2

Timber Yard layout Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

Coolie

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

29,000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No

आप आय कर पाली हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
1	Shanthi	39	F	Wife
2	Chinnaswamy	20	M	Son
3	Rupa	18	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती 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 RE - Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DICCS	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 जोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन आशय पाया जाता है तो मेरी सहमति निस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी बात को सहायक राशि "कोशिका फाउण्डेशन", से तो जा रही है, इसका उपयोग उम्मीद के विरुद्ध के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि निम्न सहायक हेतु या प्रयोजन को नहीं है, उस राशि का अंशिक या समस्त विस्तार किसी अन्य चोट/निषेधक/वीना कम्पनी से न हो लिया है और न ही पक्ष में है।

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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सज्जति की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोनो और जो विवरण इस दस्तावे में घोषित है, उसे "कॉशिका" एवम् न्यायी, पत्र, सचन/सचनो उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोनो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" एवम् उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अश्वमेध के समान यह अंगुली का 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 अधिकार, हमारी जी और से सम्बन्धी को "कोशिका पाठ्यक्रम" से विधि सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इण्डिया) निम्न प्रकार से जान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो मान्यता और न ही अधिकांश में विधिवि सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य इकाई से उठाए/पाएते में सोंगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/विनिर्दिष्ट उपाय के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिकांश/सकल हेतु मन्तव्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने या अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठाए/पाएते हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता कोषल विधिवि प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमनाल द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/अभिया या सुचय ऐसी एवं हमनाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमनाल में ऐसी के इलाज सुख और जने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमनाल की होगी और "कोशिका" की कोई पुणिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख	<i>[Signature]</i> Dr. Laxmi Dorennavar (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) Consent of Patient & Refractive	Mr. Lakshimpathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Government General Hospital - Bed Area & 10AM. Thiruvananthapuram)
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इम्तियार 2

Excerpt

127