

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2070

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

13/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nannibai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

W/o Govindananka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Arabikere Hasan District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

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):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

SPL 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LF - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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



Preop Postop
2070 Nannibai

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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रकार मैं दिने 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) मेरी झुट्ट के सहायता उद्देश्य "कीटिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में था गया है।

3) मैं यहाँ पर कतार हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस उद्देश्य का अतिरिक्त या समकाल हिसाब किसी अन्य स्रोत/निधे/व्यक्ति/कम्पनी से न ले 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 का जलने इच्छाश्रय या अंगठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायिता की मुद्रा करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, सचन/राज द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के निम्न किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पक्षों या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायिता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायिता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से सम्बन्धित या अंगीकृत निम्नलिखित

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.

1) यह कि न तो सरकारी और न ही परिवार में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त योग्यताओं में से या से उक्त है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निष्ठा/विधि उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधि अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति द्वितीय मदर उक्त योग्यताओं हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समन्वयन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टडाउन" से तो यह साबित होना चाहिए कि कोशिका की वृद्धि होती है। ऐसी या अन्यथा इस पर ही यह सवाल कि कैसे वह उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं इम्यूनो-
लॉजी के बिना ही और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए इम्यूनो-लॉजी में ऐसी के प्रभाव सुझाव और उसे जाने की तारी विधेयता ऐसी एवं इम्यूनो-
लॉजी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विधेयता इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

13|01|23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व इलाका के साथ

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of on behalf of Hospital) Trust)
18/M, The ... Bed Area

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इस्लाम 2

Ergebnis

2020