

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/0124/208
 आवेदन संख्या : 8/0124/208

APPLICATION DATE : 12/01/24
 आवेदन तिथि : 12/01/24

NAME of APPLICANT : Nanjamari
 आवेदक का नाम : Nanjamari

AGE-YEARS : 75
 लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Shri Botte Gowda
 पिता/हस्ताक्षर का नाम : श्री बोटे गोवडा

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : B. R. Igere, Thigalamayaka nalli, Taluk Kar. Nataka
 स्थायी आवासीय पता : B. R. Igere, Thigalamayaka nalli, Taluk Kar. Nataka

OCCUPATION : Coolie
 व्यवसाय : Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME : 25,000/-
 कुल वार्षिक आय : 25,000/-

PAN No. :
 आय का प्रमाण संलग्न करें

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

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
 सहायता के लिए विनती आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु विनती का उद्देश्य:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1)	Diagnosis RE contract LE contract
2)	Surgery LE contract + PCPO

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.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
1)	D. DISCS	2000/-



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच वास्तु असत्य यात्रा जाल है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं इस जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या सहायता किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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 प्रकरण पर अपने इच्छाका या अहोरी की सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा यादवी, राज, चक्रवर्तक द्वारा उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारीत करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण या इच्छाका को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है उसे सहायता का इच्छाका नहीं बरका। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और अपेक्षणीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का इच्छाका या अंगुठी का निरूपण



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्पताल को और-से प्राप्त/सोरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता से किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीयों में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किसी उक्त को सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत सहायता को किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगीयों हेतु किसी और सहायता सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा दी गई सहायता या किसे गरी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इच्छाका सुरक्षा और अपने खर्च की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई बुनियाद या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery उपरोक्षण की तारीख 12/01/24	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant - Rhaco & Refractive KMC No. 90244	Mr. Lakshmi pathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) # 15/A, The... यम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी
---	---	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION - अन्दरूनीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
---	---