

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0123/2092

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/01/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkataginiyamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Krishnappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Malakanahalli, Suggondanahalli, Malur Taluk

Kolar District, Karnataka

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)

(आप 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 सम्बंध
1	Krishnappa	70	M	Husband
2	Manginath	31	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाव प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाव 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 RF - Cataract LF - Cataract
2	Surgery RF - Cataract + PLOI

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 लेई गई सहायता राशी
1	DBCS	8000/-

Preop postop
2092 Venkataginiyamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक का घोषणा पत्र

- 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 बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी इस ओर सहायता दान "कोशिका फाउन्डेशन", से ही या नहीं है, उसका उपयोग उरी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भत्ता प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि विश्व सहायता से मैं अपने व्यय को नहीं करूँगा, बल्कि मैं अधिक या समान विवरण किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/बिमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp. 9-10)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 उत्तरदाता या संतोष की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी साक्ष्य की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एन.डी. न्यासी, एन. एम.एन.एन. एन. इन्टरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिये किसी भी प्रकार मध्यम से प्रसारित करने को लिख अधिभूत है। मेरे प्रश्न को निवारण के इलाके को पहले या बाद में करने को लिख "कोशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का अधिकार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.डी. एन.डी. न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास केवल एक ही शक्ति है।



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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 अविनाश, इन्द्रधनु की ओर से गगनचोटी हो "बाँसला बाबन्धन" से विविध सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (इन्द्रधनु) विम उधार से गन्ध व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि व जो कॉलेज और व जो अधिकांश व अधिकांश छात्रों को किसी भी छात्रों के सम्बन्ध या किसी अन्य छात्रों से उच्च टैलीग्राफी में लेने या ले रहे हैं, वे भी कि हमने "कोलेज काउन्सिल" से मित्रतावर्धित उच्च के सम्बन्ध में "कोलेज काउन्सिल" द्वारा मन्त्र लेने कि है। और "कोलेज काउन्सिल" द्वारा छात्रों को मिलती अधिकांशकतः हेतु मन्त्र नहीं कि यह बात है तो सम्बन्ध किसी अन्य भी छात्रों के सम्बन्ध या किसी अन्य छात्रों से छात्रों को लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध द्वितीय मन्त्र उच्च टैलीग्राफी हेतु किसी भी छात्रों के सम्बन्ध या किसी अन्य छात्रों से नहीं लेने-लेनी।
2. "कोलेज काउन्सिल" से जो नई छात्रों को लेने विधि प्रवृत्ति की है। ऐसी नई विधि द्वारा ही नई छात्रों को लेने गये उपाध्यक्षिका का चुनाव लेने एवं सम्बन्ध के बीच का विधि है और "कोलेज काउन्सिल" द्वारा किसी छात्रों का कोई स्थान नहीं है। इसविषय सम्बन्ध में ऐसी नई विधि सुरक्षा और अन्य बातों की सारी विवेचनाएँ ऐसी एवं सम्बन्ध को लेने और "कोलेज" को कोई अधिकार या विवेचनाएँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृतो यो विप्र संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

1710123

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS (O) FICO
Consultant - Plastic & Refractive

Mr. Lakshmiopathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Sri Lanka Red Cross Society)
c/o M. Thirumala Medical Mission Hospital - Red Area

KMC No. 90244
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
HONG TRUNG 1

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 NAME TRUSTEE 2

2018