

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2128

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

18/01/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

K.T. Srinivas

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कथुम का नाम

c/o Thimmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

3rd cross, Indira Nagar Koppa
Hobli Maddur Taluk, Mandya District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

- Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

coalie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

30,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पान संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते 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
1	Indira	50	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनिर्दिष्ट आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इपसोकात 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surgery LE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

Preop postop
2128 Srinivas

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 धोखेबाज़ा करता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता विरुद्ध की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एमि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विश्व सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एमि का आर्थिक या सफल हिस्सा किसी अन्य कोटेशन/प्रोजेक्ट/बीमा कम्पनी से न ली गया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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 का जवाब हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, वाचनालय करने उद्देश्य से खुदी प्रतिनिधियों और उल्लिखितों के तमाम किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सख्ती हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का विवेक अतिशय और सक्षमकारी होगा।

अवधारणा में अवधारणा में अवधारणा का निष्कर्ष



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, स्वतंत्रता की ओर से भाग्यशेरी की "कोशिका पराजय" से विधि सहायता हेतु विचारों की जाती है, जिसे हम (इन्फार्म) विन उच्च से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अविश्व में विविध सहायता किसी भी सहायता संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उभरती होगी। यहाँ से लगे जाते हैं, जैसे कि हमने "कोलिका पावन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उभरता को सर्वमान में "कोलिका पावन्डेशन" द्वारा मदद देनी है। यदि "कोलिका पावन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अतिशय/सकल देनी मजबूर नहीं किया जाता है तो अवसरता किसी अन्य भी सहायता संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसरता विपरीत मदद उभरती होगी।

2. "कोशिका पाठ्यपठन" से सी गई सामग्री कोचल विधि प्रयुक्ति की है। ऐसी पर हमारा ध्यान दी गई कारण यह कि यह प्रकाश/प्रतिबिम्ब का प्रयोग ऐसी एवं हमारा कोशिका का विषय है और "कोशिका पाठ्यपठन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हमारा ध्यान में ऐसी को प्रकाश प्रकाश और अपने अपने को सही विनियमों ऐसी एवं हमारा को प्रकाश और "कोशिका" को कोई प्रकाश या विनियमों इस प्रकार में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संन्यति

18/01/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
MBBS MS FPRS FICO
Consultant in General Medicine & Infective Diseases

Mr. Lakshminathi N
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
(Address of Hospital) 10000 15th St, Suite 100, Oak Bed
15/M, Oak Bed, Oak Bed, Oak Bed

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

मान्यताएँ उपलब्ध हैं

न्यासी इत्यादि ।

न्यायी इमादुल्लाह २

Erklärung

here