

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0123/2159

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/01/2023

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rathnamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o H.C. Somappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gundlupete (T) Haraguli channarayana

Mandakota

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

10,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

Yes / No

हाँ / नहीं

क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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	H.C. Somappa	77	M	Son
2	Mayamma H.C.	64	F	Daughter

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 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) उपायोजक 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	Drug orders RE Catract LE Catract
2	Surgery LE Catract + PCTOL

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 राशी
1	D.D.C.S	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 यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इस बात का आश्वासन देता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या उसके अंश को प्राप्त नहीं करूँगा, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो 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/post/spread/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.

1) इस प्रश्न का जलन इसका यह भाग है कि इस प्रश्न में, (आवेदन) जलन सहायता की मुद्रा करता है एवं "कोशिका परावर्तन और उसके जलानों" को अधिकृत करता है कि यह नाम, पता, फोटो और यह विवरण इस प्रश्न में स्थित है, उसे "कोशिका" एक नया, दण्ड, बाधक या दूसरे वर्तमान से जुड़ी गतिविधियों और जलानियों के लिए किसी भी उत्तर माध्यम से सहायता करने के लिए अधिकृत है। यह प्रश्न का विवरण यह इसका यह भाग है कि यह या यह में करने के लिए "कोशिका परावर्तन" न नया अधिकृत है।

अधोपस्था के अनुसार यह प्रमाणित किया गया है कि



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 य तो बताया और य हो परिवर्तन में निर्माण सहायता किसी रैड साकारा संयोजन या किसी अन्य स्कोर में एक ही-नामों में लेते या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" से विभाजित/विभक्त करने के सम्बन्ध में "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "अतिरिक्त पाठ्यक्रम" द्वारा सहायता विभिन्न अतिरिक्त/अन्य हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य रैड साकारा संयोजन या किसी अन्य सम्पत्ति में सहायता लेते या अधिभार धारित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विशेष मदद एक ही-नामों हेतु किसी रैड साकारा संयोजन या किसी अन्य प्रकार से नहीं लेता/लेती।

संस्कृती के लिए संस्कृति

19/1/2023

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE ONLY WOSHKA FOUNDATION

अनुसूचित उपसंग्रह है।

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

न्यासी हस्तक्षेप 2

Exempel

10/11/18