

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

W/0123/2162

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/1/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Siddappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

HB Gundlupete Taluk Hargaballi

Chitalnagar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10,700/-

(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 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 सम्बन्ध
1	H B Siddappa	71	M	Husband
2	Maniyappa H S	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 को छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमयोजन कार्ड (प्रमाण पत्र को 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 BC cataract LE cataract
2	Surgery R LE cataract + PRCL

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 सी गई सहायता राशि
1	D.B.C.S	2000/-

pncop postop
2162 Rajamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वात मौजगा चर:

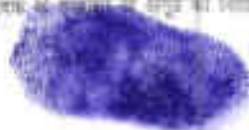
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 कबल यह कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अत्यंत पाप-वादा है तो मेरी सहायता निरस्त भी जा सकती है।
- 2) यहाँ पर कबल यह कि "अभिलेख प्राप्त करने", से ही काम चलाऊ है, जल्दा शरीर परीक्षण के मुद्दे को लिये किमा चलेगा, जो इस प्रमाण में पाया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि मैंने सहायता के लिए प्रार्थना की है, इस राशि का उपयोग या सहायता किसी अन्य व्यक्ति/नियोजक/व्यक्ति के लिए नहीं किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (जम्बो दाग काल)

- 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-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 प्रकार का अपने इच्छापूर्वक या अनुरोध की आज्ञा प्रकट करने, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और या विवरण इस प्रकार से प्रसारित है, जो "कोशिका" द्वारा न्यासीय, दान, सहायता/या दूसरे उद्देश्य के द्वारा गतिविधियों और उपलब्धियों को दिलाने किसी भी प्रकार सम्भव हो प्रमाणित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे इच्छा की आज्ञा या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी प्रभावता को उद्देश्य के प्रमाणित है मुझे सहायता, सहायता या इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उद्देश्य न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION: _____

anterior: al. anterior, al. anterior, al. anterior



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 अधिवक्ता, हमसफरी की ओर से भागलपुरी की "वीरिष्ठा चामुन्देश्वर" से विरिष्ठा चामुन्देश्वर हेतु निवेदन की जाती है, जिसे हम (हमसफरी) निम्न प्रकार से सन्मान व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रकार और न ही अधिकांश में विविध सामग्रय विपरीत या सामग्री संभव या किसी अन्य वस्तु से उष्ण ऐंटी/भापते में टोंप या से खड़े हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिद्धांत/विपरीत उष्ण को संभव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सामग्रय विपरीत अधिकांश/सकल हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अन्त्यात किसी अन्य वस्तु/सकल संभव या विपरीत अन्य सामग्रय को संभावना होने का अधिकांश सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्त्यात द्वितीय मरर उष्ण ऐंटी/भापते हेतु किसी भी सामग्री संभव या किसी अन्य सामग्रय में नहीं भोग/लगे।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" में ही यह सामग्रय संभव विविध प्रकृति को है। ऐंटी या अन्त्यात द्वारा ही यह सामग्रय या विपरीत तने अन्त्यात/विपरीत का भुगतन ऐंटी एवं अन्त्यात को बीच का विपरीत है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रकृत नहीं है। इसलिने अन्त्यात में ऐंटी को इत्यात सुझा और जाने जाने को सारी विपरीत/ऐंटी एवं अन्त्यात को ऐंटी और "कोशिका" को कोई भुक्तन या विपरीत/ऐंटी इस मरर में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

इण्णोभात्तो षं तिप् संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

16/1/2023

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 70244

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी प्रस्तावना ।

Ergebnis

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 2

Rich