

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N1012312213

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Krishnappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/O Poojappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#27, 1st Cross, Hasidi Block, Maruappanahally

Bengaluru North, Srirampuram, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



prop 2213 posthp Krishnappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cooler

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

29,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पला है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)

Yes / No

हाँ / 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	Munirajamma	60	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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) उपभोक्ता 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	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + 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 ले गई सहायता राशि
1	RBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ਅਨੰਦਰਾਮ ਧਾਮ ਸੰਗਤਾ ਪੰਥ

- 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 शेषनाथ साहब हूँ कि इस प्रश्न में जिसे सब विचार मेरी जल्दबाजी को अनुचित मान एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कल्पन ज्ञान का ज्ञान है तो मेरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी इसकी सहायता यदि "कोईका जल्दबाजी", तो सही जा रही है, सहायता जल्दबाजी जल्दबाजी की पूर्ति को जिसे बिना ज्ञान, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं यदि बताता हूँ कि जिस सहायता से यह प्रश्न की गई है, उस सहायता का अर्थिक या समस्त विचार किसी अन्य कोटिनिर्देशककीसम कम्पनी से न हो लिया है और न ही अधिकांश में भूषण।

AGREEMENT by APPLICANT (ambow ipi wuu)

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 Koshiba Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रश्न या अपने उत्तरों के अन्तर्गत, मैं (आवेदक) अपनी समझ के पुष्टि करता हूँ एवं "बौद्धिक सार्वजनिक और प्रमोटी कानून" को अतिरिक्त करता हूँ कि मेरा नाम, पता, मोबाइल और मेरा विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "बौद्धिक" प्रमुख व्यक्ति, पत्र, पत्राचार द्वारा स्वदेश से जारी पत्रिकाओं और अंतर्राष्ट्रीय के विभिन्न विदेशी के प्रसारण माध्यम से प्रसारित करने के लिए अतिरिक्त है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के प्रश्न या अनु के अन्तर्गत "बौद्धिक सार्वजनिक" के अन्तर्गत अतिरिक्त है।

2) 'मैं' (आत्मक) इस बात से साबित है कि मेरा नाम, धर्म, पोटो और निवास जे कि साक्षात् संस्मरणों से प्रमाण है मुझे था: साक्षात् या हाथपट नहीं बसता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम प्रमाण-साक्ष्यों पर निर्णय और साबित होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

साथीयक भी हमारा हाथ था और हमें यह सिद्धांत



AGREEMENT by HOSPITAL (उपस्थित डॉक्टर द्वारा)

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 जीवन का, हमारी भी जोर से मायाकेतनों को "मोक्षमार्ग पाठ्यक्रम" से विलीन कराना हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हमारा) नियम प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

2. "कॉशिका फाइनेंसिंग" से तो कई व्यापक सेवाएं मिली हैं जिनकी प्रकृति को है। ऐसी या अन्यथा इस से यह सत्य है किने गये उपचारप्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हस्ताक्षर को बीच का विषय है और "कॉशिका फाइनेंसिंग" इस विषय प्रभाव का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा मत है ऐसी में इतना सुझा और जाने जाने को सही विनियमों ऐसी एवं हमारा मत है ऐसी और "कॉशिका" को कोई प्रभाव या विनियमों इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीयता के लिए संलग्न

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

0.11.23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, DNB, FICO
Consultant - Gynaecology

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Trust on behalf of Hospital Trust))

© 1996 The McGraw-Hill Companies. All rights reserved. Printed in the United States of America.

FORM NO. 10 REFRACTIVE INDEX

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: _____

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000

2020