

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

N/0123/2229

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Amararathi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम

W/o Guruswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Prakashnagar Bangalore North
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above



Pratap postop
2229 Amararathi

OCCUPATION:
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

—

(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 (को मन्व हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध
1	Guruswamy	42	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनोति 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये विनोति का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF Cataract LE Cataract
2	Surgery RF Cataract + PCIO2

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 राशी
1	DBAS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: उत्प्रेषण द्वां प्रमाणित यः

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्यय में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं/अथवा आशय गलत या झूठा है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस प्रकार की सहायता यदि "कौशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी हेतुओं की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रत्यय में माग गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि मैंने सहायता लेने का प्रार्थन नहीं किया है, उस प्रार्थना का आर्थिक या भवितव्य विवरण किसी अन्य कोश/निर्गोप्य/वैयक्तिक कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SHOW THE WORK)

- 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 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 पर अपने इलाक़ा के लोगों को प्रश्न सफ़ाई में (आवेदक) अपनी सहमती को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" फलदा, पत्र, माध्यमों द्वारा प्रसारण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में सहायता के पत्र या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से पत्रों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को निराला सहायता से प्रेषित है पुष्टि करता: सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फलदा प्रसारण माध्यमों का निर्णय त्रुस्टीयों और माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके पास यह जानकारी है कि आप अपने



AGREEMENT by HOSPITAL (WHICH IS NOT)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

सम्बन्ध अधिकतर, इसकापानी की ओर से वातावरणोत्पत्ती को "अवशिश्व वायुमंडल" से विभक्ति समानता होत सिध्दपतिर भी जाती है, जिसे हय (इसकापानी) निम्न प्रकार से सम्य व जीवित करने है।

- 1) यह कि न तो सर्वोच्च और न ही सर्वोच्च में विभिन्न सहायता किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति को उक्त टैडी-पत्रों में होने या हो रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उक्त के संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरने हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विभिन्न कोशिका/संस्था हेतु मनुष्य की किताब जहां है तो अस्पताल किसी अन्य और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था में सहायता होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वारा मरने उक्त टैडी-पत्रों हेतु किसी और साक्ष्यी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं संग्रहित/लेता।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विभिन्न प्रकृति की है। यहाँ पर हमारा द्वारा ही यह सहायता या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रारंभ होगी एवं हमारा को बीच का बिना है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा में होगी के द्वारा मनुष्य और अपने जाने की सभी विभिन्न/प्रकृति होगी एवं हमारा को होगी और "कोशिका" को कोई प्रभाव या विभिन्न/प्रकृति इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

रबीन्द्रजी के लिए संस्मृति

Date of Surgery
 2009-01-01

21/123

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Consultant - Plastic & Refractive
FOR INTERNAL USE ONLY KOSHIKA FO
KMC No. 90244

Mr. Lakshmipathi N
Manager Quereach

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

SIGNATURE of TRUSTEE:

मागील महिन्यात

Satzung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि ३

2020