

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2232

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/1/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Muniyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हठुस्य का नाम

W/o Arabaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Vijaynagar, Siddanabababalli, Madavara

Bangalore North, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

Same as above



Dr. P. D. Dastor
2232 Muniyamma

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 पत्र हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

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

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) उपभोग्यता 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 PE Cataract LE Cataract
2	Surgery PE Cataract

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	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 Kachilaa 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 बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी की अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा थी सहायता यहाँ "कोविड काउन्सेलिंग", से ही जा रही है, प्रस्ताव उपरोक्त उद्देश्य की पूर्ति को करने दिया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु या उपयोग नहीं किया है, नक़द धन या आर्थिक या समकाल प्रदान किसी अन्य संगठन/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से या जो दिया है और वही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this with)

- 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) मैं (आवेदनकर्ता) 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 Keshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का अपने इलाका के लोगों की इस सभाका, मैं (आवेदनकर्ता) अपनी गारंटी की पुष्टि करता हूँ कि "केशिका फाउंडेशन" और उसके "न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, उसे "केशिका" द्वारा "न्यासी", घर, कामकाज शुरू करने के लिए गतिविधियों और उपस्थितियों में अपने किसी भी प्रकार सम्मान से प्रदर्शित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण या इसका मेरे पता या घर से करने के लिए "केशिका फाउंडेशन" में शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता में उद्देश्यों से शामिल है मुझे समतः सहायता का इलाका नहीं करता। इस सम्बंध में "केशिका" द्वारा उसके न्यासियों या निधियों सक्रिय और कामकाजों होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके लिए उपलब्ध है।



AGREEMENT by HOSPITAL (VENDOR AND WORK)

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.

इसके अतिरिक्त, इसकादारी की ओर से संसर्ग/पैले को "सोवियत पाठ्यक्रम" से मिलित छात्रों को सिखाया जा रहा है, जिसे हम (हस्तगत) पिछे प्रकार से सम्यक व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो राष्ट्रीय और न ही प्रांतीय में विभिन्न महापदा किसी एक शाखाओं सम्बन्ध या किसी अन्य स्तरों से उच्च होती-यन्त्रों में होने या हो गई है, जैसे कि हमने "कोशिका सायबेरान" से विपरीत-विपरीत। उच्च से सम्बन्ध में "कोशिका सायबेरान" द्वारा गहरा हो कि है। यदि "कोशिका सायबेरान" द्वारा महापदा किसी भी-विपरीत-विपरीत हो गन्तु नहीं किन्तु बात है तो सम्बन्ध किसी अन्य और शाखाओं सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में महापदा होने का सम्बन्ध-सुनिश्चित रहता है। इन धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्बन्ध विपरीत स्तर उच्च होती-यन्त्रों हो किन्तु और शाखाओं सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं हो-गो-गो।
2. "कोशिका सायबेरान" से ही यह सम्बन्ध को-विपरीत-विपरीत हो है। दोरी-पर-हम-यन्त्रों द्वारा ही यह सम्बन्ध या किन्तु होने सम्बन्ध-विपरीत का सम्बन्ध होती यह सम्बन्ध से ही सम्बन्ध का सम्बन्ध है और "कोशिका सायबेरान" द्वारा किसी उच्च का कोई सम्बन्ध नहीं है। इसलिये सम्बन्ध में दोरी के द्वारा सम्बन्ध और होने होने की सारी सम्बन्धों होती यह सम्बन्ध को होती और "कोशिका" को-विपरीत-विपरीत या विपरीत-विपरीत इस सम्बन्ध में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कमीकाली को लिए संस्मृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/21/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
 (Training at St. John's Hospital, New York, USA)
Consultant - Plastic & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
महेश्वरी प्रसाद ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2
मन्त्री हस्ताक्षर 2

1218