

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0124/2266

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/1/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chikkathimmabov

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

71

SEX

लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Thimmabov

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Samparadada, Thungani, Kanakapura

Ramanagara, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above



paap 2266 postop chikka Thimma Bovi

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (निवाहित) / UNMARRIED (अनिवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर देता है (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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	Miniyanma	61	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

<p>BPL Card (Attach Card Copy)</p> <p>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रती संलग्न करें)</p>	<p>EWS Certificate (Attach Certificate Copy)</p> <p>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छाया प्रती संलग्न करें)</p>	<p>Ration Card (Attach Copy)</p> <p>उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र को छाया प्रती संलग्न करें)</p>	<p>Any Other Basis/Proof</p> <p>अन्य कोई साक्ष्य</p>
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीवियुशन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PDR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नी गई सहायता राशि
1	DBCL	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्थिक दान प्रार्थना पर):

- 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 कबल यह कि इन प्रश्नों में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ कबल यह कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ कबल यह कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न मदद लिये जाऊँ और न ही भविष्य में लूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थिक दान करण)

- 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/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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल लगाकर, मैं (अर्थिक) यहाँ कबल यह कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में जोड़े जा सकें, इसे "कोशिका" एफएम, प्रिंट, दूर, या अन्य माध्यमों जैसे कि ऑनलाइन और ऑनलाइन के लिये किसी भी प्रकार के माध्यमों से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे प्रश्न के पत्रों के बाद से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व जहाँ अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से जोड़े जायें, सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एफएम, प्रिंट, दूर, या अन्य माध्यमों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थिक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगल का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल दान करण)

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.

इसमें अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से आयुर्वेद/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को करते हैं, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/पावले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनोद उन्हीं के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/अन्य हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा सिफारिश पर उन्हीं सहायता हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेया/लेयीं।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही तय प्रत्येक या किन्हीं अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तिथि

25/11/24

Dr. Laxmi Dorenavar
MBBS, MS, FPRS, FIC
Consultant - Rhac & Refractive
KMC No. 90244

Mr. Lakshmi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shri Chhatrapati Shivaji Maharaj KMC, Pune.)
16/M, Thimble Road, Shivajinagar, Shivajinagar Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अनन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2