

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/O 223/2292		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 03/02/22		
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sarojamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम W/o. Gurumunthy				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Doddemaligere, At post, Mayasandra Hobli, Tumakuru Taluk, Tumkur District, Karnataka				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता same as above				
OCCUPATION: व्यवसाय Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय —	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. क्या है? खाली छोड़ें				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाख हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगावे।) Yes / हाँ / No / 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 से संबंध
1	Gurumunthy	75	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए चिन्हित आधार				
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की 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)		☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये चिन्ती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached हस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis RE - cataract LE - cataract			
2	Surgery RE - cataract + p.cior			
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 जी गई सहायता राशि		

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 बता रहा हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी 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 इसी से सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ तो, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में था।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता को यह प्रणीत नहीं कर रहा हूँ, इस राशि का अधिक या समकत किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न या अपने इलाका या जिले की छत्र सफाई, मैं (आवेदक) अपनी सख्ती की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाईंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दूर, साफ/या दूरे इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार साक्ष्य से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का निराकरण गैर इलाके के जिले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाईंडेशन" व न्यायी अधिभूत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे पता; सहायता का इकाई नहीं बचता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

आवेकन के अलावा ये लोगे का निग्रह



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.

1) यह कि न तो सर्वजन और न ही अधिकतर में विविध सहमति किसी एक राजनीति संस्था या किसी अन्य संस्था से उच्च रेटेड/मार्गों में होने या न हो है, जैसे कि इनमें "कोलिका पावन-नगर" से निष्कर्षित/विनिर्दिष्ट उच्च से सामान्य में "कोलिका पावन-नगर" द्वारा चरण हेतु कि है। यदि "कोलिका पावन-नगर" द्वारा चरणता विधि अतिरिक्त/सकल हेतु प्रमुख की किया जाता है तो अनपेक्षित किसी अन्य एक सरकारी संस्था या किसी अन्य वनवर्ष से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अनपेक्षित द्वितीय चरण उच्च रेटेड/मार्गों हेतु किसी एक सरकारी संस्था या किसी अन्य सामान्य से नहीं होगा/लेगी।

2. "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" से लगे गये सहायता कोषल विधिगत प्रवृत्ति को है। टोपी पर इम्प्लान्ट ड्राप से गये लालक या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव टोपी एवं इम्प्लान्ट से बीच का विषय है और "कॉशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा किले प्रकार का कोई हक़ब नहीं है। इसलिये इम्प्लान्ट में टोपी के इस्तेमाल सुझा और जने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं इम्प्लान्ट की होनी और "कॉशिका" को कोई भुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmi pati N
Manager Outsourcing

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डा.लक्ष्मी दरेनवार

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी इन्द्रधारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नमो भगवते वासुदेवाय २

Exemplar

2020