

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

N/0223/2295

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

03/02/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lakshamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

W/o Raghu

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

56, Melinavadaigenebali, Mavrakur

Post, Dabbehalla Hobli, Tiruvallur Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above



Preop
2295

Postop
Lakshamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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
1	Kumar	30	M	Son
2	Rajalakshmi	28	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र
(अथवा पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(अथवा 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 निवेदन 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 LE-cataract + phor

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लौ गई सहायता राशि
1	SH	

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सर्वोदय** ☐ **उत्तम**

- 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 कबल ई कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अशुद्ध पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल ई कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, उस राशि का व्यक्ति या संस्था किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न लें तथा न ही भविष्य में लें।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE TWO)

- 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/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 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 मोहरो को छाप लगाकर, मैं (अर्पणकर्ता) अपनी साख्यति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, दान, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को तब तक किसी भी प्रकार सार्वजनिक या प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का प्रिक्शन मेरे हस्ताक्षर को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और सार्वभौमिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आयेंरक, जे इन्साफत या अंगुले का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (बिनाम हस्त कर)

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.

in the matter.

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही संसदन में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संसदन या किसी अन्य संसद से उक्त ऐंटी-माल्टे में होने या तो रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका काउन्डेशन" से निवारण/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा गहरा है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्त्रालय की विधि बताई है तो अन्ततः किसी अन्य गैर सरकारी संसद या किसी अन्य संसद/संघ के सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय गहर उक्त ऐंटी-माल्टे हेतु किसी गैर सरकारी संसद या किसी अन्य संसद से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल धार्मिक उद्देश्य की है। ऐंटी पर इन्ततः द्वारा ही यह सहायता या विधि में उक्त/प्रक्रिया का पुराना ऐंटी एवं इन्ततः के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए इन्ततः में ऐंटी के हस्तगत मूलक और अन्य अन्य की सारी जिम्मेदारी ऐंटी एवं इन्ततः को होती है और "कोशिका" की कोई धार्मिक या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmiipathi N
Manager, Quinnox

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

Date of Surgery
अवकाश की तारीख

blocks

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Co-Medical Officer, Government of Karnataka
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

संख्या: १०८/२०१९
दिनांक: २०/०५/२०१९

FOR INTERNAL USE OF KODAK

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
श्यामी बहादुर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थानीय इभावर 2

2020