

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0223/2317

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/02/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakkurajah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Kempiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hemalanahalli, Mayasandra Hobli,

Tumkur Taluk, Doddanalligere Post Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

Preop Postop
2317 Lakkurajah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी पत्रांक 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

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	Raman	51	F	wife
2	Prasad	25	M	Son

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)उपभोग्य कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof
अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे नये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RF - cataract LF - cataract
2	Surgery RF - cataract + p.iol

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) 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 यह कि इस प्रश्न में दिए 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) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का कौशिका या उसके विभिन्न किसी अन्य प्रोत्त/निर्गमक/वीथी कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

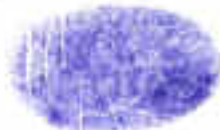
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 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 का अर्थ इस प्रकार या अंग्रेजी की भाषा समझकर, मैं (अर्थवैद्य) अपनी सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेग नम, फस, जोते और जे विवरण इस प्रश्न में चर्चित हैं, उसे "कोशिका" धरन् न्यासी, धन, धान/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रयोजित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष के चालते या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि छात्रावास में उद्घरणों से प्रविष्टि है मुझे स्वतः छात्रावास का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉलेज" एगम डालके व्यक्ति का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके एक बड़े हाथों पर या अपने का पिता



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.

इससे अधिकतर कानूनी जी और से सम्बन्धितों को "कोशिका चरमरक्षण" से विशेष सहायता देना सिफारिश की जाती है, जिसे इन (इन्पटाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में क्विपिय सहायता किसी भी सरकार को सौंपाना या किसी अन्य राष्ट्रीय से उक्त टोपी-पगारों में होने या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोलिका पाउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उक्त के सम्बंध में "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोलिका पाउन्डेशन" द्वारा सहायता क्विपिय अतिरिक्त/सहायता हेतु समुद्र की किंच जगह है तो अगलात किसी अन्य भी सहायता सौंध या क्विपिय अन्य समुदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगलात द्वितीय मदर उक्त टोपी-पगारों हेतु किसी भी सरकार को सौंध या किसी अन्य राष्ट्र से नहीं सौंध/लेगी।

2. "कोशिका पाठ्यपुस्तक" से ली गई छायाचित्र कोशिका चित्रण प्रकृति की है। ऐसी पर हमारा ह्रास हो गई सातह का बिन्दु पर उनका/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमारा
 न कोश का बिन्दु है और "कोशिका पाठ्यपुस्तक" द्वारा किसी प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसलिपि हमारा है ऐसी के ह्रास मुक्त और अपने जाने की उरी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमारा
 की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या बिन्दुदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती षो लिप् संस्तुति

उत्तर का अर्थ है,
असंभव ही नहीं

03/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
M.B.B.S., M.S., F.P.R.S., F.I.C.O.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर-का नाम व प्रमाणपत्र के साथ मू.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

महोदय !

Exchanged

ज्यामी इंग्लिश ३

cert