

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1124/2335

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/11/2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gangaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

Late Kariyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. Chowihalli Colony Sarathully Tiptur

Tumkur District. Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



Post op Preop
2335 Gangaiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सक्षम संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract. IC Cataract.
②	Surgery RE cataract + P.I.D.C.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
①	D.B.C.	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सोचता हूँ 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 सहायक विभाग को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायक राशि "कोशिका काउन्टिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायक हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य छेद/निर्गोपक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया।

AGREEMENT by APPLICANT (अप्रार्थक प्रार्थना करार)

- 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.

- 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जल्दी सहायता की गुंथ करता हूँ एवं "कोशिका काउंटरेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनाएँ दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण यो प्रत्येक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटरेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) 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" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन को हटाने का अंग्रेजी का निगान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

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.

हमारे अधिकार, हमारा तरीका और से सम्बन्धित लोगों को "बोशिया काटने" से विरहित प्रभावित होना सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमारा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अन्तिम में विविध महापक्ष किसी एक सरकार/संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च लेगी/प्राप्त में लगे या तो रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिपमेंट/विनिर्गत उच्च को सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मार हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा महापक्ष विनिर्गत अतिरिक्त/सम्बन्ध हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अवसरान किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समाधान से महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अवसरान द्वितीय बार उच्च लेगी/प्राप्त में हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फायनडेशन" से तो गई सहायक कोशक विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतल द्वारा दो गई सहायक या बिने गये उपकार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमसतल से बीम का विषय है और "कोशिका फायनडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसतल में ऐसी के इत्यन सुरुआत और आगे जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसतल की होती है और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृतों के लिए संस्तुति

Lucy

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A member of Hospital Care Trust))

15/M. Tank Bed Area

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

15 | 4 | 24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant (Phaco & Refractive)
KMC No. 90244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 गायत्री कल्याण ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इम्प्लाय 2

Rich