

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0223/2339

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/02/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Malliga

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

W/O Murthy. R.S

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No.5, 6th cross, Vasanthanagar

Bangalore North, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 रेशा 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 किये गये विनंती 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 + PLOI

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 ली गई सहायता राशी
1	PLCS	27000/-



Prop postop
2339 Malliga

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 क़ात हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असल सच ज़रूर है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में सात गया है।

3) मैं यहाँ पर क़ात हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारूप को भरा है, इस राशि का आर्थिक या सकारत इसका किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा 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 पर अपने इसावाया या अंगरेजी की छात्र लक्ष्मण, मैं (अमेरिका) अपनी सहजता की बुद्धि बताते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत बताते हैं कि मेरा नाम, पता, फोन नंबर और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एक ग्राहक, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछ प्रतिनिधियों और उपायग्राहकों को देने किसी भी प्रकार वाध्या या प्रभावित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इसावाया के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से ग्राहक अधिकृत है।

2.) ये (जगदेवक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा योग, पता, छोटी और पिछाई जो कि सहायता को उत्प्रेरकों से प्रेरित है जुड़े स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" इसमें उसके व्यक्तियों का निर्माण और बाध्यकारी होता।

अधोपलब्ध नमो भगवते वासुदेवाय नमः ॥



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.

हमारे अधिवक्ता, इलाहाबादी की ओर से सारासरीपे की "कोशिका कागजबंदी" से विधिवत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इलाहाबात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिक्य में निर्णय सहायक किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टेंप्लेट/पत्रों में लेने या तो खे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" से रिपली/राइबिटी उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायक निर्णय अतिरिक्त/सकल होतु मन्तु, यही किंच ज्ञात है तो सम्भवत किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्यन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवत निर्णय मरद उक्त टेंप्लेट/पत्रों होतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य साक्ष्यन से यही लेण/धोरी।

2. "कोरिका पाउन्डेशन" से ली गई साक्ष्य कोषाधिष्ठित प्रकृति की है। ऐसी पर हमला करने वाले को लालक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुष्टि ऐसी एवं हमला करने वाले को विषय है और "कोरिका पाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमला करने वाले को इसका पुष्टि और अपने जाने की सारी विनियमों ऐसी एवं हमला करने वाले को और "कोरिका" की कोई सुविधा या विनियमों इस मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/02/13

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Phaco & Retina

Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हार्बर अल नाम ये इस्ताधर ये राज. न.

Mr. Lakshmi pathi N
Munoor Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवीन इन्द्रधर ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

Rich