

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0223/2340

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

07/02/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shataj

AGE-YEARS अनु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कन्या का नाम

W/o Nazeer Ahmed

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

#133 B. Road Sha Street, Bhagathinagan

Bangalore North, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18,000/-

(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 निशान लगाएं)

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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

EPL 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE- PCIOI LE - Cataract
2	Surgery LE - Cataract + PCIOI

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 ले गई सहायता राशि
1	DBCC	2000/-

Preop postop
2340 Shataj

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 प्रारूप 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) मेरे द्वारा जो सहायता सही "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में था।

3) मैं यहाँ पर कबल यह कि बिना सहायता हेतु वह प्रार्थन की गई है, उस राशि का वाशिया या समस्त विभिन्न किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ली जा सके है और न ही भविष्य में ली जा

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 अपने हस्तक्षेप या अंगुलि की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके ग्राफी" को अधिकृत करता हूँ कि यह जन, पत्र, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" स्वयं ग्राफी, दन, याचक या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी उम्मा माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसका एक पक्ष या भाग में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व ग्राफी अधिकृत है।

2) मैं (आदेशक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद नाम, पाठ, ऋषी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है शुद्ध तथा सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कौशिक" प्रथम उपासक व्यक्तियों का निर्णय और बाध्यकारी होगा।

आपदेवकं चैव इयमाश्वा योऽङ्गुलिं वा विज्ञान



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 ही की जगह से सार्वभौमिक को "कोशिका काउन्सेलर" से विशेष सहायता देना विकसित की जाती है, जिसे हम (हमला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कर्जाल और न ही अधिक में विविध सहायता किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त टोपी/पायलें में से ली या ले जाई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नोक्त/विशेष उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु भि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/नकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अत्यन्त किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अत्यन्त प्रविष्टि पर उक्त टोपी/पायलें हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से ही यह सिद्धांत केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलाल द्वारा ही यह सिद्ध या किये गये उपचारप्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमलाल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमलाल में ऐसी के द्वारा पुनरावृत्ति और अपने अपने की सारी विम्वरणी ऐसी एवं हमलाल को छोड़े और "कोशिका" की कोई प्रकृति का विम्वरणी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसूचित

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant, Plastic & Reconstructive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
H-102, 2nd Floor, 100ft Rd.

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Society or Hospital Trust)
15/16, The ...

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी हस्ताक्षर 2

Erklärung

2020