

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0283/2349

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

07/02/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Muniyamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/o Rajkumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

31 7th cross, Swathantika palva

Srirampuram Bangalore South Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



present photo
2349 Muniyamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्पष्टीकरण संख्या

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

क्या आप आय कर पayer 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनित का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिये गई सहायता राशि
1	DBCS	3000/-

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आश्रित या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप सहित, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में जोड़ा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादिक दुरुपयोग से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्मान से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरा प्रपत्र का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पढ़ने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" 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 इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

गठदरक को इसाधार यो अंगूठो का निरक्षण

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.

1) यह कि व से वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य प्रभुत्व से उक्त टेलीफोनल में लगे या ले खे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से विकसित/विनिर्मित उक्त से सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्मित भौतिक/सहायता हेतु मन्त्रु नहीं किया जाय है तो मर किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाय है कि वर्तमान द्वितीय मदर उक्त टेलीफोनल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेरा" से ली गई संख्याएं कोशिका गिनती प्रणाली की हैं। ऐसी या इन्फिल्ट्रेट्स द्वारा दी गई संख्या या गिने गये उपवास/प्रतिभा का चुनाव ऐसी एवं इन्फिल्ट्रेट्स के बीच का निर्णय है और "कोशिका काउन्टेरा" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए इन्फिल्ट्रेट्स में ऐसी के इस्तेमाल सुझाव और अपने नाम की सारी विनियमों ऐसी एवं इन्फिल्ट्रेट्स की होती हैं और "कोशिका" की कोई भूमिका या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

07/02/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Bern. No. with Stamp)

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

हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर व पंक्ति नं.

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

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

नमः च परं हस्तगतं अधिभूतं अधिभूतं

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

पञ्चमी इस्वीयम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तख्वा, 2