

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : N/0223/2382		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 8/2/23			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Sujathamma		AGE-YEARS उम्र-वर्ष 55	SEX लिंग F	 p2009 postop 2382 Sujathamma	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम w/o Basavaraju					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता #39, Rojennahalli hulenahalli village maki taluk Kolara district Karnataka 563121					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता Same as above					
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. स्वयं छात्रा संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 निम्नलिखित आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश की नोंद 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) रेशनीकरण 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-Cataract LE-Cataract				
2	Surgery LE-Cataract + PCOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 ले 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 यथार्थ बताता हूँ 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) मेरी द्वारा जो सहायता दत्त "बर्दीशव काउन्सेलिंग", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से या प्रारूप की राई है, उस राशि का अवशेष या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निर्धनकारी कम्पनी से न ली 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 fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

1) इस प्रश्न का उत्तर इसप्रकार या अंग्रेजी की भाषा उत्तरकर, मैं (अवेरक) अपनी सहायिनी की दुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ित है, उसे "कोशिका" एम्पू न्यासी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिनिधित्व और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं इस का विवरण में इसका के प्रयोग या बल में करने के लिए "कोशिका कार्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :



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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This Foundation explicitly 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.

इससे अधिकतर इन्सानों को जोर से याद-दिली को "बोलीया पाठ्यक्रम" से बिलियन बिलियन डॉलर मिलाना को जारी है, जिसे इन (इन्सान) विन इन्सान से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) क्या कि न तो सर्वमान और न ही सर्विष्य में विशिष्ट साक्ष्यता किसी भी सामग्री सम्बंध या किसी अन्य स्थिति से उच्च ऐंगी-मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से शिक्षा/सामग्री उच्च के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद रहे कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्यता विधि अतिरिक्त/समस्त हेतु मनुष्य नहीं किंचित ज्ञात है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्ष्यता संज्य या किसी अन्य समस्तान में साक्ष्यता लेने का अधिकता सुरक्षित रहता है। इस युधि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उच्च ऐंगी-मामले हेतु किसी भी साक्ष्यता संज्य या किसी अन्य समस्तान में नहीं लगे-लेगी।

2. "कोशिका ज़ाइन्डेशन" से यहाँ गार् सलायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। ऐसी पर हमसल द्वारा ही गार् सलायता से किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं हमसल के बीच का विषय है और "कोशिका ज़ाइन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रबाध नहीं है। इसलिये हमसल से ऐसी के इलाज सुझा और उभरे जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती यां तिए संस्तुति

8/2/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

उपस्थित उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नाम:

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती इमराना 2

Exempel

2020