

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0223/2387

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

8/2/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shivamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

w/o Rajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवासस्थान पता

 Rajanahalli hulanenahalli village malur taluk
 Kolar district Karnataka 562137

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवासस्थान पता

Same as above


 pncup postop
 2387 Shivamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

आप आय कर का दाता 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
1	Shathisha Kumari	41	m	Son

 BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता के लिये विनति आधार

SPL Card (Attach Card Copy) लीची रेश के साथ 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 - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cataract + PCOL

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 राशि

DECLARATION by APPLICANT: **कलियुग इलु सर्वना २४**

- 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 बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "उद्देशिका" (purpose) है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में क्या गया है।
- 3) मैं यही कहता हूँ कि बिना सहायता के पुनः पूरा उपयोग की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल विभिन्न किसी अन्य स्रोत/निर्भरकारी/कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 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/pu-l-up/rep-roduce 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वेला नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में लिखा है, उसे "कोशिका" प्रसन्न न्यासी, राम, बचनराज दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेला नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता से उद्देश्यों से अधिकृत है मुझे प्राप्त: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रसन्न न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख को हस्ताक्षर या अंगूठी का निधान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर होना जरूरी)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी अधिकतम इलास्टिकिटी की ओर से मापने/पेसों को "मॉडिफाईड फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्सटाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विधित्त सहायता किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य शक्ति से उभरती होगी/पाएगी ये लोग या तो यह है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से विपरीत/विपरीत उभर के संस्थान में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अतिरिक्त/सहायता हेतु मन्त्रु की किय जात है तो अन्तर्गत किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुविध रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अन्तर्गत विधित्त मदद उभरती/पाएगी हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका काउन्डेशन" से ही यह सहायता संवत्त विधित्त प्रकृति की है। ऐसी पर इन्तर्गत द्वारा ही यह सहायता या किये गये उभरती/प्रतिष्ठा का मुख्य उद्देश्य एवं इन्तर्गत के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इन्तर्गत इन्तर्गत में ऐसी के प्रत्यक्ष सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं इन्तर्गत को होती और "कोशिका" को कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

8/2/23

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Phaco & Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. Lakshminipathi N.
Manager, Cuswath.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती इगतकार ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
स्थानीय हस्ताक्षर 2

2020