

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0224/2427

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/2/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shankarappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Rerannagowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H Huddanahalli

Tiptur

Kodlu

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

29,000/-

PAN No. स्थायी आयकर संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

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
1	Shivamma	46	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) अन्नपत्रिका 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 प्रिविप्शन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract + PEG

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 भी गई सहायता राशी
1	JPCC	2500/-



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.

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.

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापुरुष हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का ज्योतिष या सकल किस्म किसी अन्य श्रोत/निबन्ध/काव्यीय कम्पनी से न तो लिया है और न ही ध्वज्य से लिया।

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.

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 मोहरो की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायिता को भुक्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को उपबोधित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यासी, दान, याचनपत्र दूसरे उद्देश्य से जुड़ी व्यक्ति/विवरणों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रयोजित करने में लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे प्रस्ताव के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अध्यापक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महागता को उद्देश्य में ग्रहित है मुझे स्वतः महागता का हकदार नहीं बचता। इस तथ्य में "कोशिका" एवम् उसमें व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके जूते हमेशा या अंगूठे का निशान



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

1) यह कि - तो वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उठा ली/घूमने में लगे या से रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किये अतिरिक्त/सकल होतु यन्त्रु नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उठा ली/घूमने होतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेत/लेगी।

2. "कौशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल शैक्षिक इच्छा को है। ऐसी पर हमलाएँ द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपहार/प्रशिक्षण का चुनाव ऐसी एवं हमलाएँ को बीच का विषय है और "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलाएँ में ऐसी के हस्ताक्षर और अपने जाने की घाटी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलाएँ को होती और "कौशिका" को कोई भुविता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

✓ स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant in Ophthalmology & Refractive
KMC No. 90244

~~Mr. Lakshminathi N~~
~~Manager Outreach~~

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
...the Eye Care Trust

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
16/94, Thimmaiah Nagar, Bangalore - 560022
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2

Ergebnis

2020