

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.: N/0223/2532

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 21/2/23

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Gowamma

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: N/o Shrinivas

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

C.P. Layout, Anganawadi Office Road
Halar Kolar Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION: Home maker

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मामल हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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 सम्बन्ध
1	Shrinivas A	71	M	Husband

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) 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	Diagnoses PE Cataract LE Cataract
2	Surgery PE Cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी

Preop Postop
2532 Gowamma

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 कतार है कि इस प्रमाण 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 यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ही माँगी रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रमाण में माँगा गया है।

3) मैं यहाँ पर कतार है कि जिस सहायता हेतु यह प्रमाण की गई है, उस पर यदि का अधिकार या समकल हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

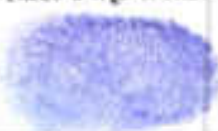
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रश्न का अपने इलाक़ा या ज़िले की छात्र सङ्गठन, यै (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता है कि पंज, पत्र, फोटो और की विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एचमू न्यासी, राज, पाचन/पाचन दूरों उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और गतिविधियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। में प्रश्न का विवरण में इलाक़ा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आलोचना) इस बात से सहमत हूँ कि मेट जून, पाठ, कोटो और विवरण जो कि सहायता के इच्छुओं से प्रार्थित है मुझे क्या: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" इसमें उल्लेख व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

આણેદકા બો કમલુશાવ યા અંગુલો યા નિશાન



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 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.

उपरोक्त उक्तियों के अन्तर्गत यह स्पष्ट है कि "कोशिका प्रत्यक्ष" से मिलित सहायक हो निष्पत्ति की जाती है, जिसे हम (इसका) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो बर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी और सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उठाया/प्राप्त होने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका पाठशाला" से विभाजित/विनोत उठा के सम्बंध में "कोशिका पाठशाला" द्वारा पदर हेतु कि है। यों "कोशिका पाठशाला" द्वारा सहायता विनोत अग्रिम/समाप्त हेतु समुद्र नहीं किया जाता है तो अग्रिम/किसी अन्य और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अग्रिम/द्वितीय पदर उठा रोटी/प्राप्त हेतु किसी और सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फागोन्डेशन" से भी यह समझना होगा कि यह प्रक्रिया क्यों है। ऐसी पर हमला करने वाले कोशिकाओं का विषय होगा एवं हमला करने वाले कोशिकाओं का विषय है और "कोशिका फागोन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षा नहीं है। इसलिए हमला करने वाले कोशिकाओं को रक्षा नहीं है। इसीलिए हमला करने वाले कोशिकाओं को रक्षा नहीं है। इसीलिए हमला करने वाले कोशिकाओं को रक्षा नहीं है।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

$$21 \mid 2 \mid 23$$

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
Consultant in Plastic & Reconstructive

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्तातल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

 नामी वरिष्ठ ।

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

2020