

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of lifeAPPLICATION No.
आवेदन संख्या :

N 1022312542

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

21/8/23

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Arasamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्न्य का नाम

1/o Govindappa.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

129, Malkanaballi Byggandaballi Kolar
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता

Same as above

OCCUPATION
व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. आय का पहचान संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Govindappa	75	M	husband

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे 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 किए गए विवृति 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 + PCTOL

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 ले गई सहायता राशी

preop postop
2542 Arasamma

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 दिए 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) मैं इस जो सहायता राशि "कौशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में मांग गया है।

3) मैं पुनः करता हूँ कि कित्त भी भविष्य में मैं यह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अतिरिक्त या समान किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

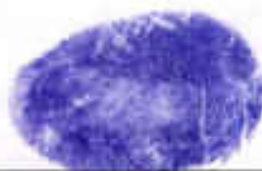
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose" for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या आगे की छाप लगाकर, यै (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यक्तियों" को अधिकृत करता है कि वे वेदा नाम प्राप्त, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में धोखित है, उसे "कोशिका" एवम् व्यक्तियों, दत्त, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किन्ती भी प्रकार मध्यम से प्रकाशित करने को दिया अधिकृत है। वे प्रश्न का विवरण में हमला को पहचाने या बहर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व व्यक्तियों अधिकृत है।

2.) मैं (आपके) इस बात से सहमत हूँ कि आप सच, गलत, खोटी और बिकल्प जो कि सत्यता के दर्पणों से प्रक्षिप्त हैं मुझे सच, सहायता या तकला नहीं बनसत। इस सम्बन्ध में "कोविदा" समय-समय पर निर्णय लेनी और वापसकारी होना।

अन्योक्तं च दृग्गोचरात् वा अङ्गुली च विज्ञानं



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.

हमारे अधिकृत हमलापनी को ओर से मारले-रोली को "बोलिका" काटनेशन" से विविध सहायक होर सिफरिज की जाती है, जिसे हय (हमलापनी) निमि प्रकार से मार्य व मरीका करते है।

1) यह कि न तो परामर्श और न ही धमिष्य में विविध महापता किसी भी साक्षारी संस्थान या किसी अन्य स्थान में उक्त रोगी/मार्मने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका पाठन-लेन" में निराश्रित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोलिका पाठन-लेन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका पाठन-लेन" द्वारा महापता विनिर्गत अधिकांश/महापता हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अमपतात किसी अन्य भी साक्षारी संस्थ या किसी अन्य संस्थामन के महापता लेने का अधिकांश सुचित राखता है। इस सुचित में स्पष्ट कहा जाता है कि अमपतात विनिर्गत मरद उक्त रोगी/मार्मने हेतु किसी भी साक्षारी संस्थ या किसी अन्य संस्थान में नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका कायन्दन" से सी गई संशोधन अंकल विज्ञान इकाई को है। एंगी का इस्तेमाल द्वारा दो गई अंकल का किये गये उपकार/प्रक्रिया का पुराण होती एवं इस्तेमाल में शोध का विषय है और "कोशिका कायन्दन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिये इस्तेमाल में एंगी के इस्तेमाल मुद्रा और अपने जाने की जारी जिम्मेदारी होती एवं इस्तेमाल की होती और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

सभीकृतों को लिख संस्तुति

Date of Surgery
आपरेसन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO
Consultant in Gynaecology & Obstetrics

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 (नाम सह)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हजारे २

Befund

lieve