

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

810224/2615

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/2/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Girijamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

B/o Muddere Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

B S Datti

Hosalegallu

Ramangar

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय 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. स्थायी खाता संख्या

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

यदि आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्नन करें)

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 संबंध
1)	Muddere Gowda	72	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए विवर्तित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगिका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विवर्तन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1)	Diagnosis RF Catanael 10 Catanael
2)	Surgery RF Catanael + P. Cat

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता राशि
1)	DRCS	2000/-

Pre-op 2615 Girijamma
post-op

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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण सेटे जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी महापत्र निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो महापत्र एच "कोशिका फल्टरेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापत्र हेतु यह प्रतीति को रॉ है, इस एच का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य कोटि/विभागाध्यक्ष/कोषाध्यक्ष से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीव।

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 प्रश्न पर अनेक हस्ताक्षर या जवाबों को छात्र लगाकर, वे (जवाबदाता) अपनी सहमति को पुष्टि करते हैं एवं "कॉलेजिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता है कि वेस नाम, फोटो और जो विषय इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कॉलेजिका" एक्जम न्यायीय, राज्य वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जारी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विषयानुसार इत्यादि के पहले या बाद में करने के लिए "कॉलेजिका फाउंडेशन" व न्यायीय अधिकृत है।
- 2) वे (जवाबदाता) इस बात से सहमत हैं कि वेस नाम, फोटो और विषयानुसार जो कि महापाठ को उद्देश्यों से प्रेरित है मुझे स्वतः महापाठ का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कॉलेजिका" एक्जम उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके होंगे, हमें आपका स्वागत है।



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:

- (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, हमसफरी की ओर से सफल/रोगी को “कोशिका ‘कामनी’” से वित्तिय सहायता हेतु विपरीत की जाती है, जिसे हम (हमसफरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही विधिव्यवस्था विधिव्यवस्था किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्थान से उत्पन्न होगी/मामले में लगे या लगे रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिविल/विनिर्दिष्ट उत्पन्न के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद लेनी है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलती आर्थिक/सहायता लेनी मनुष्य की किये जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस संबंध में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल द्वितीय मदद उत्पन्न होगी/मामले में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता वित्तिय प्रकृति की है। होगी या अस्पताल द्वारा ही गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में लगे के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेने एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Doremal, MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refractive

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach
Unit for Dis. & The Care

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
16/M, T1. on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्तागत अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 राजेश कुमार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इम्तियाज २

Exemplar

Scarf