

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1224/2702

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Sunandamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कायम का नाम

N/G Chikka Thimmegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Khasapeta Kotagal Hobli Ramnagara
District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Preop Postop
2702 Sunandamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

None/na

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर यहाँ का चिह्न लगायें):

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 सम्बंध
①	Venkateswara	45	M	Son
②	Ropal	35	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Dizziness RE cat + p... RE cat + p...

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 लेई गई सहायता राशि
①	ABLS	2000/-

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 दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैंने द्वारा जो महाभक्त राशि "श्रीलिंगा काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि निम्न महाभक्तों हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अधिकांश या समस्त हिस्सा किसी अन्य शोध/विशेषज्ञ/वीर्य कर्मचारी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीज।

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 हस्तक्षेप या अंगठे को छाप लगाकर, मैं (अवचेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोच" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एब्स्यू न्यासी, दान, वाचनालय/दुर्गम उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उद्यम/कार्यों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि घेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्ण स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "अतिरिक्त" प्रथम उनमें न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हाताक्षर या अंगुठे 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:

(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 हस्ताक्षरों की ओर से मामलों-दोनों की "कोशिका फायनलेशन" से विलय स्थापित हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वास्तव और न ही सीक्म में विविध सहायक किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रोणी/घामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉरिडोर फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा मंदर हेतु कि है। यदि "कॉरिडोर फाउन्डेशन" द्वारा सहायक विनिर्गत आर्थिक/सकल हेतु मन्दर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मंदर उक्त रोणी/घामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इम्प्लांट द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इम्प्लांट के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इम्प्लांट में रोगी को इन्तज सूरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इम्प्लांट की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

15/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसफ़र अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant of Dr. B. Rajendra (with Stamp)
14/02/2016 No. 99244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इस्ताखार ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

18-08-2024