

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

810224/2705

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/2/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

pattamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

634

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

N. Lohith Kumar

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

8, Shasthivale, Holakere, Hassan

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

11

post of
2705post of
Pattamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न)

PAN No. (यहाँ खाली रखें)

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

क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सत्य 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 संबंध
1	Lohith Kumar S.A	614	m	Husband
2	Chandrasekar S.A	364	m	Son
3	Mahesh A.	344	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के निम्न विवरीत 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) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु विवेचित करने वाली कार उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract NE cataract Surgery RE cat + PCICL

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 लेई गई सहायता राशि
1	DBCS	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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। और कोई विचार एवं कथन अवश्य सत्य जाह है तो मेरी सहायता निराल की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता एमि "कोशिका काउन्टेशन", मे ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी कोशेष की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आर्थिक या सफल विम्वल किसी अन्य प्रायोजक/कर्मचारी 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सद्यस्थिती की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉन्सिका कार्डवेल्लर और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दर्ज है, उसे "कॉन्सिका" एक्ज्यूटिव्स, इन, प्राइवेट लिमिटेड द्वारा उद्देश्य से चुनी गयी विधिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रयत्न करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इच्छा के पालने या बाद में करने के लिये "कॉन्सिका कार्डवेल्लर" व न्यासी अधिकृत है।

2) गै (अवैयक) इस बात से साहसात हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महापता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः साहायता का हकदार नहीं बनाता इस सम्बन्ध में "कॉन्सिक्वा" एवम् उसके व्यक्तियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

अलेक्जेंडर की सलाहपर या जंगल का निगम



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:

t) 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.

इसमें अधिकृत, इलाखी की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका जाउन्देशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विम्व प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1.) यह कि न तो धर्मोत्तर और न ही धर्मिकों में विविध सहायता किसी भी सरकारों सम्बंध या किसी अन्य समूहों से उभर लेगी/पामने में लेगी या ले रही है, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से निराला/विनिर्गत उभर के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विन्ती आशिका/सफल हेतु सम्भू नही किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी समूह या किसी अन्य समन्धान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदर उभर लेगी/पामने हेतु किसी गैर सरकारी सम्बंध या किसी अन्य समूहों से नहीं लेगी/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से सी गैर-सहायता प्रोबल मिलित प्रकृति की है। ऐसी या हस्तगत द्वारा सी गैर-सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हस्तगत से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्तगत में ऐसी को प्रत्यक्ष मूल्या और अपने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

27/2/24

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

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

आन्तरिक ठपप्याले होत

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर ३

Safenzyl

Rich