

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0224/2727

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/2/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Chikkamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तु का नाम

L/o Bose gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Chagachagere

Hassan

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगनिदान/दवाखुरा से जुड़ी को गई डॉक्टरों के सूची संलग्न
1	Diagnosis RE Cataract LE Cataract
2	Surgery RE Cataract - IP CL

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 ली गई सहायता राशि
1	DUES	2000/-



Pre-op 27.27 Post-op Chikkamma

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 दिए गये सभी विषयों से मैं अवगत हूँ एवं पढ़ाई कर चुका हूँ। यदि कोई विषय एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी छुट्टी जो महापद्म राशि "कोशिका काउन्टडाउन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उच्च उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार में गत गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना महापद्म से मेरा प्रयोग नहीं है, उस राशि का अधिकतम या अधिकतम हिस्सा किसी अन्य प्रातःपरिचर्या/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही अधिकतम से लूना।

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 Koshiwa Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने उत्तरकार या अंग्रेजी की छात्र उत्तरकार, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोधी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोधी, राज, राजन/राज दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का निष्कर्ष में उत्तर को पढ़ने या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायोधी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इन बातों से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रोचित है मुझे स्वतः सहायता का हवादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपेदक के हस्ताक्षर और मुद्रा 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 this matter.

हमारे उपनिष्ठा, हस्ताक्षरी को ओर से चामले-रंगी को “कोशिका फटने-शान” से विविध संस्थापक सेतु विचारिता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो सौभाग्य और न ही बर्चस्व में जितित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाए होगी/मायले में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कौशिका फाउन्डेशन" से सिकरीटरी/चिपडित उठाए के सम्बंध में "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरदर हेतु कि है। यदि "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनोत प्रशिक्षक/मरदर हेतु मन्जु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाह है कि अस्पताल द्वितीय मरदर उठाए होगी/मायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कौशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल वितित प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा की गई सलाह या बिने गये उपचार/प्रक्रिया का धुनय रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कौशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्पताल में रोगी के इलाज मुफ्त और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कौशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती कं लिपि संस्तुति

28/2/24

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant - Plastic & Reconstructive
KMC No. 90244

Dr. Lakshmi Prasad
Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care
(Noble Designation for Eye Care) Signatory
(A unit of Sanku Eye Hospital, Kollam, Kerala)
Dr. Lakshmi Prasad, Manager Outreach, Institute for Diabetes & Eye Care, Kollam, Kerala

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी दस्तावेज 1

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी प्रस्ताव 2

127