

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

3/0204/2732

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

08/1/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Xingamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

L/o Govindegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Channapura

Hassan

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):

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
1				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्नलिखित आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नलिखित 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 + P. case

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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


 pre-op post op
 2732 - Xingamma

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहभागिता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापाठ्य पठित "कोशिका फलनशास्त्र", में की जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में करा गया है।
- 3) मैं स्वीष्ट करता हूँ कि जिस महापाठ्य हेतु यह प्रश्नपत्र की गई है, उस पठित का आशिका या समकाल हिस्सा किसी अन्य छात्र/निर्वाचक/कक्षा/कम्यनी को न तो दिया है और न ही भविष्य में दूँगा।

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 ओपेन सी छाप लल्लकार, मैं (असवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राज, वाचनायक दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाध्यमान से इस्तेमाल करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (असवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्ष्यता को उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्थला: साक्ष्यता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक से सम्बन्धित या अंगुलि का चिह्नान



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

- 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, हमसहारी को आगे से वायल/एरी को "कॉन्सिडर काउन्टीज" से विधिग म्हापण हेतु सिफारिश को जली है, जिये हम (हमसहारी) बिम्ब प्रकाश से वायल व म्हापण करते हैं।

- 1.) यह कि न तो कार्यक्रम और न ही परिधि में विविध महाकाव्य किसी गैर सांस्कृतिक संरक्षण या किसी अन्य खेतों से उठाए जाते हैं। यहाँ पर यह है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्डेशन" से निष्कर्षित/विनिर्गत उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा महाकाव्य विनिर्गत अतिरिक्त/सफल हेतु चयन नहीं किया जाता है तो अन्यतल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से महाकाव्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यतल द्वितीय मदद उक्त रोटी/पायल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेती।

2. "कोशिका काउन्टिंग" से तो गई महाकाय कोमल विधि। प्रकृति की है। ऐसी या हमेशा ही इसी गई। सलाह या बिना गई। उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमेशा की बीम का विषय है और "कोशिका काउन्टिंग" इस बिना प्रकाश का कोई रणनीति नहीं है। इसलिए हमेशा ही ऐसी कं इलाज सुझा और जहाँ जाने को सारी बिम्बेदारी ऐसी एवं हमेशा की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Phaco & Refractive
KMC Nag 33 14

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Deafblind & Eye Blind Trainers)
(A Unit of Sri Sathya Sai Charitable Trust.)
20, V. V. Road, Anna Nagar - 600 097, Chennai - 600 097
Tamil Nadu

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक तपस्वीय होत

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इस्ताफा 2

Erklärung

here