

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Koshika Foundation, 1st Floor

Pre op Post op
2768 Thimmamma

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

N/0323/2768

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03/03/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Thimmamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

w/o Rajanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Angadigere, Mayasandra Hobli,

Turuvekere Taluk, Doddamallige Turuvekere

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

AN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो प्राप्य हो उस पर सही का चिह्नन सहाय)

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 सम्बन्ध
1	Rajanna	65	M	Husband
2	Raghu	27	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 + PCIC

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी

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 व्यथित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापण निराह की जा सकती है।

I) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pull-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 बात पर अपने इस्तेमाल या संगत को ध्यान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंगन जीन उभक न्यासी" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एचम न्यासी, दार, साक्षर/या दूसरे उद्देश्य से कुछी प्रतिबंधित और उपलब्धियों के तिरि किसी भी प्रकार साक्षर से प्रेषित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण जो इन्फॉर्मेशन के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंगन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि साक्षर के उद्देश्य में प्रेषित है मुझे न्यासी, साक्षर का इकटान नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचम उभक न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आधेदक की इम्तज़ानों या अंगुली का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hosotai) 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.

इसमें श्रीधरजी, इन्द्रावती की ओर से सत्यदेव/रोमी की "कौशिक फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु निवेदनित की गयी है, जिसे हम (इन्द्रावती) निम्न प्रकार से भाग्य में स्थान दे सकते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही भविष्य में किसी संस्थापक किसी भी सरकार को संविधान या किसी अन्य स्तर में उक्त ऐसी मामलों में होने या लेने का अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टडाउन" में निराशा/विफलता उक्त के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा स्पष्ट हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा संविधान विनियम अतिरिक्त/संकट हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य भी सरकारों संस्थापक या किसी अन्य संस्थापक या संस्थापक होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ पर स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय स्तर उक्त ऐसी मामलों हेतु किसी भी सरकारों संस्थापक या किसी अन्य संस्थापक में नहीं लगा/लेगी।

2. "कॉशिका काउन्डेशन" में श्री गाँव महापंचायत केवल विविध प्रकृति को है: रातो का हम्मलान द्वारा श्री गाँव महापंचायत का किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रातो एवं हम्मलान का बीच का विषय है और "कॉशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हम्मलान में रातो के द्वारा मुख्य और अन्य खाने को जारी विभिन्न रातो एवं हम्मलान को रातो और "कॉशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

मयीकली के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

03/09/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Tir & Regn. No. with Stamp)

हार्बर का नाम 'व इलाहाबाद' है।
Consultant - Plastic & Refractive
2002 INTERNAL USE - LAKSHIKA FOUNDATION

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

अध्यक्ष, उपपक्ष एवं

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रावर

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमी हस्तान्तर २

2020