

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

N/0323/2778

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

03/03/23

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Gangamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

45

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

w/o Rangashetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Devanayakanahalli, Angalapuram

Dabbighatta Hobli, Turuvekere Taluk, Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Coolie

MARRIED

(विवाहित)

UNMARRIED

(अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

24,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

IN 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 टिकी का चिह्न 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 सम्बन्ध
1	Rangashetty	53	M	Husband
2	Anitha D.R.	16	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 Basic 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	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
2	Surgery RE - cataract + Piloc

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

Preop Postop
2778 Gangamma

DECLARATION by APPLICANT: I/WE DO HEREBY DECLARE:

- 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 यहाँ पर कबल यह कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में धारा प्रदा है।
- 3) मैं यहाँ पर कबल यह कि किसी सहायता प्राप्त करने के लिये मैं, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (DATE: 07/11/2011)

- 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/post-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 या अपने हस्ताक्षर या जंगल को लगाना, मैं (अर्हक) अपनी स्वयं की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दिया है, उसे "कोशिका" एक न्यासी, दान, वाक्य/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को विपरीत किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एक न्यासी न्यासी को विपरीत अंतिम और अक्षरकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके लिए हमारा एक विशेष कार्यक्रम है।



AGREEMENT BY HOSPITAL: _____ (PRINT NAME, TITLE, OFFICE)

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.

इससे अधिकतर, इन्फेक्सी को जोर से पाथेनोर्जी को "कोशिका आइन्स्टेन" में निर्मित महाप्रातः से भिन्नता को ज्ञात है, जिसे हृदय (हृदयताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो योजना और न ही अधिपक्ष में विविध साहाय्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त तरीक़ाएँ में लेने या ले रही है, जैसे कि इनमें "कोशिका फ़ाउन्डेशन" में विश्वविद्यालयीय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा साहाय्य विनिर्दिष्ट आर्थिक-सम्पत्त हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो सम्पत्त किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य साहाय्यन से साहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्त ट्रेडिंग मर उक्त तरीक़ाएँ हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन में नहीं लेता/लेती।
2. "कोशिका फ़ाउन्डेशन" में लेी ली साहाय्य केवल विविध प्रकारों की है। तरीक़ा या सम्पत्त द्वारा लेी ली संपत्त या किसी भी उपकरण/प्रक्रिया का मूल्य तरीक़ा एवं सम्पत्त के बीच का विषय है और "कोशिका फ़ाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई क़ायम नहीं है। इसीलिए सम्पत्त में लेने के इलाक़ मूल्य और लेने जाने की सारी जिम्मेदारी तरीक़ा एवं सम्पत्त की होती और "कोशिका" की कोई भी संपत्त या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

मयीकृती कां लिपि संस्पृति

10/10/20

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अपेक्षाओं को संतुष्ट

03/03/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Rego. No. with Stamp)
हस्ताक्षर - Dr. Laxmi Dorennavar

Mr. Lakshmi Prasad N
Manager Outreach
(Name, Designation, Street, P.O. Box, and City of the Authorized Signatory)
(A unit of Shree Siddhanta Engineering Co., Ltd.)
V/M, Thimmarasu Road, Miller Taluk, Bellary District, Karnataka-584 102

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संयोजक: राजेश कुमार

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामो इत्यन्तः ३

lieve