

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1224/2838

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

17/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nagaraju K.R.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/O Ramaraj.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

was also proble. Kodakadathur taluk
Kolar District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OPD POSTOP
2838 Nagaraju

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

N No. रसद 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

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	Sushilamma	56y	F	Wife
2	Winoth Kumar	14y	M	Son
3	Bhagyalakshmi	29y	F	

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RT-Cataract LE-Cataract Surgery: RE CAT+PILOI

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 सी गई सहायता राशी
1	ABU	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 प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निरास की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य राशि "कौशलिक फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उचित उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवैलिक या अचकत शिस्त में किसी अन्य सोलरिपोजक/वीर्य कम्पनी में न हो लिया है और न ही भविष्य में 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 Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अभिषेक) अपनी सहमति को ज्ञापित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में धोखा है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनालय, दूरीय उद्देश्य में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार पाषण्य में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पढ़ने या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अभिषेक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रार्थित है जुड़ने जगता: सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

लावेरक से इलाखर या अंगुठे 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:

- 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, हमसहरी की ओर से भागलपुरी की "कोशिका फाउन्डेशन" से विलियम महापात्र हेतु विफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसहरी) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो पर्याप्त और न ही धूमिल में विविध महापात किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्वीत से उठाए रोणी/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से निफासीर/विपरीत उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपरीत अशिक्षा/सकल हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उठा रोणी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोणी पर इस्पताल द्वारा दो वर्ष सहायता या बिम्बे गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाए रोणी एवं इस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इस्पताल में रोणी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने को सही विम्वेदारी रोणी एवं इस्पताल को रोणी और "कोशिका" को कोई धूमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

~~Mr. Lakshminathi N~~

Manager Outreach

Manager Outreach
Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

16/M, Thirumalah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar

MBBS, MS, FRCS, FRCO

Consideration of Dr. E. Regge No. with Stamp

कक्षा 10 के विद्यार्थी हैं।

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

17/12/24.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

व्यापारी इन्द्रसूत ।

Sefernyel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इस्तेखर २

2020