

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

8/0324/2864

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

7/3/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

vijayamma.m

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

714

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

B/o Manjundarsh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

sh road, kotenayakarabalu. tipper

bomkay, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवास का पता

11

pre-op post-op
2864 vijayamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

10,500/-

(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 पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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	Manjundarsh	804	M	husband
②	raheeshwar g	614	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड की नकल 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) इपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/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 प्रतिबंधित सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract 2x cataract Surgery 1- RE cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका काउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकांश या सकल हिस्सा किसी अन्य कोटनियोजक/बीमा कम्पनी से न ली जा सके और न ही भविष्य में ली जा सके।

AGREEMENT by APPLICANT (SHOW ON MAP)

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 अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अभ्यर्थक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डेशन और उसके न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्रों या बाद में करने के लिए "कोशिका कार्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (आलोचक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोईशका" प्रथम उसके व्यक्तिगतों का विनिर्णय और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर व अंगुठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करण)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हमलाहरी की ओर से मयमले/लोगी को "कांशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे डाय (इन्साल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही वकील्य में स्थिति सहायता किसी गैर सरकारी साधन या किसी अन्य स्रोत से उक्त लेगी/पायले में लेगी या ले रहे है, जैसे कि इनमे "कोशिका फाउन्डेशन" से सिकाई/वित्तित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित आर्थिक/सकल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी साधन या किसी अन्य समन्धान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी मदद उक्त लेगी/पायले हेतु किसी गैर सरकारी साधन या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई संख्या का केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमला द्वारा ही यह प्रमाण या किने गए उपचार/प्रक्रिया का पुनः ऐसी एवं हमला को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए हमला में ऐसी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला को होती और "कोशिका" की कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

[Signature]

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MDS, MS, PPRS, FICO
Consultant in P.D. & Reg. No. with Stamp
डाक्टर का नाम व इस्तेमाल व रजि. नं.

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shree Chhatrapati Shivaji Maharaj Vastu Sangrahalaya)
नव चंद्र नगर, नवी मुंबई, महाराष्ट्र

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्याय कलापर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safeway

2020