

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of Life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1234/2908

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/12/2024

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Adivappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Late Ajjappagarithimmappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

8-88 Alipenahalli, Allupamhalli

Andrapradosh Rethna Siri Anthapur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

आप आय कर पत्रक हैं (जो प्रत्यक्ष 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis R.E. contract R.E. contract
2	Surgery R.E. Cat + P.R.I.O.L.

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 लेई गई सहायता राशी
1	DRCS	2000/-



Preop 2908 Postop Adivappa

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 प्रार्थना करता हूँ कि इस प्रकल्प में विद्ये तथा सभी विषयों में मेरी आवश्यकताओं के अनुसार सहाय एवं राई हो। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरास की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका काउन्टडाउन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकल्प में बना गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि किस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या अधिक हिस्सा किसी अन्य कोटिनिमोजन/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 विमर्श का अंगरेजी की शायद लक्ष्य, मैं (अपवादक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एचएन न्यायी, राज, वाचनालय दूसरे उद्देश्य से मुझे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार या प्रशंसा करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहलू या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमति के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः छायांकन का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचएन उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन में प्रस्ताव। १०. अंग्रेजी का विज्ञान



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, हस्ताक्षरी की ओर से घमसे/ऐसे को "कॉलिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विचारित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो बॉयमान और न ही पब्लिशिंग में विविध महापदा किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त लेगी/पायल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से शिक्षा/विनिर्माण उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा महापदा विनिर्माण आशिक/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जात है तो अस्मागत किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्मागत द्वितीय मदर उक्त लेगी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्डेशन" से तो गई सहायता कोशल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतल द्वारा दी गई सललह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हलसतल के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हमसतल में ऐसी के इतलह सुरूश और आने जाने को सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसतल की होगी और "कोशिका" की कोई पुनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Mr. Lakshmipathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

a unit of Strachan Eye Care Trust)

162M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद हस्तताल अधिकृत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorenbos, ^{EV}
MBS, MS, FPRS, FICP

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इत्युक्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ हस्तौ २

18-08-2024