

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0323/3017

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/3/2023

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

CK

Lakshmidevi

AGE-YEARS आयु-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o

Rangaswamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

62, Baluvane talu post Tamkut

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही को निशान लगावे)

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)	Rangaswamy	50	M	Husband
2)	BB Basavaraju	22	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरीत आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेषा 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 विवरणों का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

1)

Diagnosis

ME retract

LE retract

2)

Surgery

LE Ca-resect + PCIOL

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

लगी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: ਅੰਦਰੂਨੀ ਸ਼ਾਨਤੀ

- 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 चाहता हूँ कि इस प्रश्न से दिए गए सभी विभागों की जानकारी को अवगत रूप से पढ़ी है। यदि कोई विभाग एवं अधिकारी ज्ञात है तो वे उसे सहायता निरत की जा सकती है।

१) इसे राम को अन्धकार रहित "कलिका कालोत्पत्ति" से भी कहा जा रहा है, इसका अर्थार्थ इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस ग्रन्थ में था गया है।

1) मैं प्रति जगत् हूँ कि जिस महापात हो, वह प्रार्थन की गई है, उस पाप का अतिक्रम या समकाल द्विमत किसी अन्य साधन/नियोजक/योग्य कर्मों से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (संश्लेषण करणारा)

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 चरित्र पर अपने इलाका या अंगरेजों की छात्र सलकार, मैं (आवेदक) अपनी सामाजिक को मुद्रित करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके व्यापारियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जहाँ, फोटो और को विचारण इस चरित्र में प्रोचित है, उसे "कोशिका" समूह व्यापार, नाम, वाचक/पक्ष दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपनिधित्व को निम्न विनोयी को प्रसार माध्यम से प्रसारण करने को दिया अधिकृत है; यदि चरित्र का विचारण को इलाका में पहचान या अर्थ में कार्य को निम्न "कोशिका फाउंडेशन" व व्यापार अधिकृत है।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि पेश नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता से उपदेखी से प्रतिलिपि है मुझे स्पष्ट; सहायता का हकदार रही बनता। इस सम्बंध में "कोईबा" हथियारवाले सदस्यों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आजैयक ते इस्लामत या अंगरे वा विभाग

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर कीजिए)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 अधिकार, हमसुअरी की ओर से सम्पत्ति/पैसा को "बॉलिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु विक्री/वित्त को जारी है, जिसे हम (हमसुअर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संसदन और न ही संघीय नैतिक समिती द्वारा किसी भी साक्षारी सम्बन्ध या किसी अन्य उद्देश्य से उच्च लेगी/सम्बन्ध में लेने या ले रहे हैं, वेतो कि हमने "कोशिका पाठ-देखान" से सिफारिश/नियन्त्री उक्त से सम्बन्ध में "कोशिका पाठ-देखान" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोशिका पाठ-देखान" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अतिरिक्त/सफल हेतु सन्तुष्ट नहीं किपक जहाँ है तो अन्ततः किसी अन्य और साक्षारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पूर्वार्थ में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्ततः द्वितीय पदर उक्त लेगी/सम्बन्ध हेतु किसी भी साक्षारी सम्बन्ध या किसी अन्य सम्बन्ध से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाइन्डेल" से जो नई खाद्यपदार्थ संश्लेष प्रकृति की है। रोणी पर इन्फेक्शन द्वारा ही नई संरचना या किन्हीं नव उपकोश/अङ्गिका का जुड़ना रोणी एवं इन्फेक्शन के बीच का विषय है और "कोशिका पाइन्डेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए इन्फेक्शन में रोणी के इलाज सुखा और खाने खाने की सारी क्रियाएँ रोणी एवं इन्फेक्शन को रोणी और "कोशिका" को कोई भी प्रकार का क्रियाएँ इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सर्वीकृतो के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरेसन की तारीख

अभिषेकन की शुरुआत

29/3/23

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
जिम्बर का नाम व इलाका व एम.बी.बी.डी. डिप्लोमा

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation, and Authorized Signatory
Institute, on behalf of Institute)
(A unit of Shriroodha Eye Care Trust.)
G-14, Thimmaiah Road, Miller Tank, Bod Area

FOR INTERNAL USE ONLY SHIKHA FOUNDATION

अनुनासिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायः इत्युक्तम् ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ दम्ताशा ।

part