

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

ब्राह्मण संख्या : B 0324 3057

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

26/3/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Basavaraju

AGE-YEARS वय-वर्ष

वर्ष

SEX लिंग

61 m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कपुष्पी का नाम

Slo dasappa.



PRESENT RESIDENCE ADDRESS: ब्रह्मण आवासीय घर

Karnataka Samundri, Hassan District
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय घर

OCCUPATION :

अवसराय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर रहे हैं (जो मात्र ही उस पर जरूरी का निशान लगायें)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.

आय संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्यों का नाम

Age (Years)

वय (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक के साथ सम्बन्ध

①

tali thamma
mathish

64

वर्ष

F

nuse

304

वर्ष

m

son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिन्हित आकृति

BPL Card

(Attach Card Copy)
गणराजी रेग्ड के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाप भ्रूंति संतुलन करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)
आव्य आय का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छाप भ्रूंति संतुलन करें)

Ration Card

(Attach/Copy)
उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छाप भ्रूंति संतुलन करें)

Any Other Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गए चिन्हित का उद्देश्य:

Sr. No.

आय संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डिलिङ्गेन सूची संलग्न

①

Diagnosis

RF cataract

LP cataract

Surgery :- RF cut + PRKOL ..

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.

आय संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

ली गई सहायता राशि

①

NHS CS

9000/-

DECLARATION by APPLICANT: अवेदक द्वारा घोषणा यहः

- 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 हूं कि इस प्राप्ति में लिखा गया सभी विवरण में उनकारी के अनुचार गल्य एवं सही है। यदि कोई विवरण इस कानून अनुचार गल्य नहीं है तो मैंने जाहाज निम्न की यह सही है।
- 2) मैं द्वारा यह सहायता यहि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपर्योग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में गल्य एवं है।
- 3) मैं चुनौत करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यह उर्ध्वानु की गई है, उस तरीके का आवश्यक यह सकूल विस्तृत विवरण में अनुचार गल्य कर्यान्वयी हो न तो लिया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्राप्ति जा जाने हमताकार या अन्तर्वार की ताप लागाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहायता की चुनौत करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" की अधिकृत करता हूं कि मैंने यह चुनौत और जो विवरण इस प्राप्ति में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, राज, साकारा या एसो. बड़ेरेश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रश्न गल्यावत में प्रश्नात्मक करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण में इतावत के घोले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मैंने नाम, पता, छोटी और विवरण जो कि सहायता में उपलब्ध हो जाएं हैं यूनूस बहादुर; सहायता का हक्कदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासीयों का विरोध अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अवेदक के नामांकन का अंगूठे का लिखन

AGREEMENT by HOSPITAL (हमताकार द्वारा करार)

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.

हमने अधिकृत, हमताकार और उन्होंने सामान्य/ऐरी की "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु विधायित की जाती है, जिसे हम (हमताकार) निम्न प्रकार में यथा व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न ही वर्तमान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी विवरण सहायता के लिये अन्य स्रोत से उक्त योगी/सामान्य में लोगे या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवाहित/विविहित उक्त की सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदर्श हेतु किया गया विवरण में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनाती अधिकारी/सकाल हेतु मन्दूर नहीं किया जाता है तो अन्यतात् किसी ज्ञान या सरकारी संस्था या किसी अन्य समाजिक संस्था या सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस चुनौत में स्वयं कहा जाता है कि अन्यतात् हिस्तीय चर्चर उक्त योगी/सामान्य में हेतु किसी और सरकारी संस्था के किसी अन्य सामान्य से गहरी संलग्नता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई सहायता कोवत विविध अद्वितीय है। ऐसी पर हमताकार द्वारा दी गई सहायता या जिसे गये उपराह/प्रीक्लिया का चुनाव योगी एवं हमताकार के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी ब्राकर का कोई वराव नहीं है। इसलिये हमताकार में ऐसी की इताव सुरक्षा और अन्य कानूनी की सही विमोचनी योगी एवं हमताकार भी होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या विमोचनी इस सामान्य में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिये संस्कृति

Mr. Lakshminath N

Manager - *Lakshminath N*
Institute for Diabetics & Eye Care
(Non-Governmental Organization)
15/M, Thimmakoshaftahalli Main Road, Tumkur
नगर व पट्ट हमताकार अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख <i>26/3/24</i>	Dr. Laxmi Dorenavar MBBS, MS, FPRS, FICO Consultant Diabetologist & Endocrinologist KMC No. 90744	FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
---	---	--

आवश्यक उपलब्ध हैं।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हमताकार 1

Safayal

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हमताकार 2

Sir B