


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप			(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Building block of life.	
APPLICATION No. : 13/0425/0294 आवेदन संख्या :			APPLICATION DATE : 16/4/25 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT : Beerramma आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष 45	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Suamy पिता/कटुस्थ का नाम						
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Beegomahalli, Maddur, Mandya Karnataka						
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता —						
OCCUPATION : Homemaker व्यवसाय			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. रणार्ड 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.	Durgan	22	M	Son		
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये कितनी 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 कितनी का उद्देश्य:						
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न					
1.	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract					
2.	Surgery LE Cat + PEIDL					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गया हो?						
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी		
1.	DBCS			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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई गिवरल एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता लगा है।

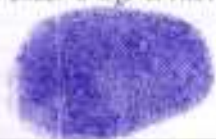
3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की जा रही है, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/निधे/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जा रहा है और न ही भविष्य में ली जा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ग्राहकों" को अधिकृत करता हूँ कि वेता नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भीषित है, उसे "कोशिका" एवम् ज्योती, राय, रायचण्डा या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार साधन से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व ज्योती अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आलेख को सम्पन्न या अंगुठी 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 अधिकांश, हस्ताक्षरी को ओर से मामला/दोषी को "कोशिका काउन्डेशन" से विलीन सहायता हेतु भिन्न-विध की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही भविष्य में किसी खासपक्ष किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त रंगी/घामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिपारिडिजिनाई उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिली अस्थिर/सकल हेतु बनने की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस वृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रंगी/घामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो गई सहायता केवल निवृत्ति प्रकृति की है। रोगी पर हमलात हुए दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी को शल्य चिकित्सा और आने जाने की सारी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हमलात की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. M. S. THURAKA

Mr. LAKSHMIPATHI M

Senior Manager

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

A unit of श्री.पु.प्र.संस्कृत अधिवृत्त अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संकेत: २०२०/२०२१

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी समजाव २

Exempel

Rich