

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0625/0957

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/6/20

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Banavajin

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Huchanigarah.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hennavali, Tumkur (D)

Kalselate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



pt op - part op
0957 - Banavaji

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(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 (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 सम्बंध
1	Gowdamma	56	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) उपभोगता 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 प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis :- RE - cataract LE - cataract
2	Surgery :- LE - cataract + p.rol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: **आवेदक द्वारा घोषणा: यह-**

- 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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता लूँगी "कोशिका फाउन्डेशन", मेरी ही रहेगी है, प्रत्यक्ष उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विद्यमान सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल विवरण किसी अन्य स्रोत/निधोदायक/बीमा कम्पनी से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (समझौता दायी आवेदन)

- 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने इसका या जोहो को साफ़ साफ़कर, मैं (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, ज़ोहो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" ट्रस्ट, न्यासी, या, साधक/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों को प्रचारित/विपरीत के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने से निम्न अधिकृत है: मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज की पहलू या कारण या कारणों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, ज़ोहो और विवरण जो कि स्वास्थ्य के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः स्वास्थ्य का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" ट्रस्ट उसकी न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

આવેદન બે હતાના પા અંગે બે વિગતો

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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, इन्सपेक्टरों की ओर से वायलेटोनी को "कोलिका फायरबैल" से विषम बताया है। निवारण को जारी है, जिसे हम (इन्सपेक्टर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो बांधन और न ही विधियाँ में किसी सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य शक्ति से उक्त रोगी/घराने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टिंग" से सिस्टीनोसिस्टिस उक्त की समझ में "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा मर देता है। यदि "कोशिका काउन्टिंग" द्वारा सहायता किसी अस्थिर/अस्थिर होना मनुष्य नहीं किंचित बात है तो असमर्थ किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थ द्वितीय मर उक्त रोगी/घराने होना किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
S. Consultant Pvt. Ltd. स्वागत के लिए संस्तुति

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

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रनाथ ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इम्माका २