

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0725/1266

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/1/20

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Sakri. Ba.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

Mo. Govinda Naik

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Chennahalli Karabagula (R)

Ramabagula (R) Kattalata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता



pic of - part of
1266 - Sakri. Ba.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 सम्बन्ध
1	Govinda Naik	76	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के लिये 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 किन्ने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract
2	RE - cataract
3	Diagnosis - RE - cataract + p.c.d

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
1	DBA	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.

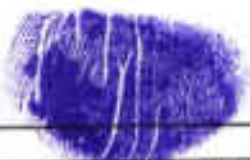
- 1) मैं यह कहना चाहता हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापक्ष विभाग को या सचिनी है।
- 2) मेरी द्वारा जो महापक्ष एजेंट "कॉन्सिडरा फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में भरा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस महापक्ष से मैं यह कार्यवाही कर रहा हूँ, उस व्यक्ति का जतिना या सचिन विभाग किसी अन्य प्रोटेक्टिविस्ट/कॉन्सिडरा फाउन्डेशन से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया।

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

- 1) इस प्रश्न या अपने हमसफ़र या संगे की छात्र संस्था, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी संस्था की मुद्रि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, राजन/राज द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों को पढ़ने या बाद में करने के लिये "कोशिका कार्डेशन" में न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि संस्थाओं के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: संस्थाओं का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके बच्चे को हमलावा या अंगुली का चिह्न



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:

- (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, हस्ताक्षर की ओर से सामंती-राजी को "कोशिका कागजेशन" से विभिन्न सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से भाग्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वोपान और न ही अधीन में विहित प्रमाण किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्थान से उक्त टोपी/पायल में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विस्थापित/विपत्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रमाणित विपत्ति अधिक/सकल हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य प्रमाणन से प्रमाणित होने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल टोपीय मरद उक्त टोपी/पायल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई प्रमाणित प्रमाणित प्रमाणित की है। टोपी या अस्पताल द्वारा ली गई प्रमाणित या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का प्रमाण टोपी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसीलिए अस्पताल में टोपी को इलाज सुख और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी टोपी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई प्रमाणित या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसक्ति

17/7/25

Dr. M. PAVITHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Bangalore Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

Dr. PREACH BANGALORE

20 TRENCH BRIDGE

DIABETES & EYE HOSPITAL

Vasanthanarayanan, Bangalore-53

KMAC No. 01562

SIGNATURE of TRUSTEE Y

न्यासी इत्यादि ।

Unit of Shri Adithya Eye Care Trust)

Vasan SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योत्समी हस्त्याधर २