

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0924/1501		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 17/09/2024	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Nagarmu		AGE-YEARS आयु-वर्ष 75	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम S/o Mudala Siriyaiah			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Tallipalye Kanakuppe post Hebbur Tumkur District- Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता			

Post op Pre op
1501 Nagarmu

OCCUPATION : व्यवसाय Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 20,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)
PAN No. सवाई खाता संख्या	
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का 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	Saregammam	46	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार			
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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)	☒ Aetion Card (Attach Copy) उपप्रेक्षा 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract if cataract
2	Surgery RE cataract + p.c.c.l

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 ली गई सहायता राशी
1	NTCS	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 सोचना चाहता हूँ कि इस प्रकरण में विवेचन के लिए सभी विवरणों में जानकारी को अनुसूचित रूप में देना है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापण्डित निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरी पुष्टि की महापण्डित राशि "कोशिका कायन्त्रालय", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस महापण्डित हेतु यह प्रश्नोत्तर की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल विमोचन किसी अन्य कोटनियमोसकनीय कानूनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

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 in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिपूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" दायम न्यायी, राज, वाचना/च दूने उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव प्रथम से प्रसारित करने के लिए अधिपूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिपूत है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" दायम उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके एक ही इमेल पर हमें कई बार लिखेंगे।



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

इसकी अधिकतम इलाक़दारी को और से सामने/पेछे को "कोशिका कवचनोद्देश" से विभिन सहायता हेतु सिफ़ारिश की जाती है, जिसे डब (इन्स्पेक्शन) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिष्य में विधिय सहायता बिना रौर सरकारी संसधन वा किसी अन्य स्रोत से उकत रोगी/पामले में रौरें वा ले रहे हैं, जैसे कि इनने "कोशिका फाउन्डेशन" से लिजन्डिग/विपति उकत के सम्बध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा गदर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपति आशिका/सकल हेतु पन्तुर ली किच जता है तो अगम्यताल किसी अन्य रौर सरकारी संसध वा किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रकल है। इम वृष्टि में स्पष्ट कला जाल है कि अगम्यताल द्वितीय मरर उकत रोगी/पामले हेतु किसी रौर सरकारी संसध वा किसी अन्य सधन से ली लेंग/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से री र्ग सहायता कंचल विधिय र्कृति की है। रोगी पर इमकलत द्वारा री र्ग सलज वा किये गये उपकार/प्रक्रिया का पुनर्य रोगी एवं इमकलत के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पकय ली है। इमरिसे इमकलत में रोगी के इलाज सुलज और अने जाने की चरी जिम्मेदारी रोगी एवं इमकलत की रोगी और "कोशिका" की कोई पुनिका वा जिम्मेदारी इम पामले में ली होगी।

सजीवता के लिए संस्थापित

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS,MS,FPRS,FICO

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

16/M, Thimmarasu, District: Bangalore, Taluk: Yeshwanthpur

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 नामी ट्रस्टी 2

Erasmus

Sc 28