

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: B/1124/2202
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 9/11/24
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Puttaswami
आवेदक का नाम:

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

70

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Motegowda
पिता/कटुम्ब का नाम:

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hasalakere, Maddur (T) Mandya (D)
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



2201 - Puttaswami

OCCUPATION: Coolie
व्यवसाय:

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 22000
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाली रखें

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
हां / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Dysphagia RE - Contract LE - Contract
②	Surgery RE - Contract + PCL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य राशि "कोशिका फंडनेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।
- 3) मैं प्रतिबद्ध करता हूँ कि बिना साहाय्य हेतु यह प्रार्थना की गई है, इस राशि का अधिक या कमता बिना किसी अन्य संगठन/गोपनीय/बैंगनी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 हस्तक्षर या ओरों की छाव लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" प्रथम न्यासी, राय, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी प्रतिबंधितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) 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" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन संश्लेषण 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.

इससे अधिकतर हमलावरों को जेल से सम्बले-लेरी को "कॉमिन्ग फ़ाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही व्यक्तिगत में किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/मर्रात में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मित्राशि/विनिर्ति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सपन हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्ति अशिक्षा/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो असमत्ता किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुनिश्चित रखा है। इस धृति में स्पष्ट कहा जाता है कि असमत्ता द्वितीय मरर उक्त रोगी/मर्रात हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेा गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमसाता द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरा रोगी एवं हमसाता के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रवान नहीं है। इसलिये हमसाता में रोगी के इलाज सुलभ और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमसाता की होगी और "कोशिका" की कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

म्यूकली के लिए संस्कृति

Mr. Lakshmi pathi N
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shreebhe Eye Care Trust.)
M. Thimmiah Road, Miller Tank Bed Area
Designation & Stamp of Authorised Signatory

नाम व पद हस्त्याल अभिकृत अधिकारी

Date of Surgery
अपडोशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Dr. Bhagat N. Reddy
KMC No. 00244

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याय्यी हम्नात्ता ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायौ ह्यमरश्च २