

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0125/3185

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/01/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Nanjamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

w/o Muddasah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No. 364/1 Ambedkar colony

Belakurdi B.G. Pura Hobli Malawalli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Taluk Mandya District Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

cottage

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आप का सक्षय संलग्न)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

PAN No. स्पष्ट खाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर एजेंट हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएँ)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का 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 विनति 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 cataract + ptery

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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



Pre OP Post OP
Nanjamma 3185

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 प्रश्न में दिये गये सभी बिबरण पूरी जानकारी को अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई बिबरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न की गई है, उस राशि का शैक्षिक या सहायक हिस्सा किसी अन्य फोरेनियोवका/बीमा कम्पनी से न ले 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 fulfilment 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 ब्रह्मसूत्र या जंगल की छांव साधक, मैं (अवेदक) अपनी सद्योगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कौशिका काउन्सेलर और उसके ग्वालेरी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कौशिका" एवम् ग्वालेरी, राज, काका/का दूसरे उद्देश्य से कुछ व्यक्ति/विविधों और उच्चलिखितों के लिये किसी भी प्रकार साधक से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पहले या बाद में करने के लिए "कौशिका काउन्सेलर" व ग्वालेरी अधिकृत 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 "कौशिका" एवम् उसके ग्वालेरी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेखों में सप्रतापता या अंगुष्ठ 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, हस्तक्षेपों को अंतर से स्पष्ट/योगी को "कोशिका काउन्डेशन" से विधिवत सहायता हेतु विपर्ययित की जाती है, जिसे हम (हमसाल) विम प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वांछन और न ही अविषय में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य खेत से उठा रोगी/पागल में लेने या से रहा है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिमरिडिश/विपरीत उठा के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु बनाने नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उठा रोगी/पागल हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सहायक से नहीं लेता/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल विविध प्रवृत्ति की है। रोगी पर हमलात द्वारा 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 हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हमलात में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होती है और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी हम मागले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

खोजो रण की समीक्षा

17/12/20

(Name) **UPHRS & PMS, PPRS, FICO**

Consultant - Phaco & Refractive

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of Shree the Eye Care Trust.)

60. Triunfo Peak Road, Miller Tank Field Area

सुमन्मथ-सद्वृत्तः प्रोक्तः प्रोक्तः

आन्तरिक उपयोग हेतु

न्यायौ हस्ताक्षर ।

ज्यामो हज्याखर २

Exempt

Self