

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0326/3914

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

13/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Renukappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

S/o Veerappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.NO- 93 Bhyamayaakanahalli Homaballi

Hoballi Tiptur Taluk Tumkur District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

- 11 -



pre op post op

3914 Renukappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

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):

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 रेखा 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	diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery RE cataract + p.c.i.o.l

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 लिया गया सहायता राशी

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 विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

3) मैं पुरी करता हूँ कि जिस महापता हेतु पाठ प्रार्थना को गाई है, उस गति का आश्रित या सहकर्म किसी अन्य प्रोत्तनियोजक/वीर्य कर्मणी से न हो, तो किया है और न ही अविज्ञ में हूँ।

t) 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 Korbika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1.) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (जावेदर) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका भांडोहरण और उसके न्यायीय" को अतिशय करता हूँ कि मेरा नाम,

10. इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे के छाप लगाकर, मेरे (नाम) अर्थात् नामों को चुनने के लिए प्रार्थना करें।

2) मैं (आवेशक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाप्राण के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे तथा: महाप्राण का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कौशिक" प्रथम उसके नासिन्धों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के हस्ताक्षर या अंगुठे 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 अधिवक्ता, हस्ताक्षरों की ओर से भगवद/देवों को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिवत सम्बन्धित हों। विचारों की जाति है, जिसे हम (हमसाल) जिम्मेदार में मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही संविधान में विविध सहायता विधियों की किसी भी संख्या या किसी अन्य साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण के उपरोक्त सहायता से किसी भी संख्या या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टरेल" से तो यह महापक्ष कोल विधि प्रकृति को है। ऐसी पर हमसाल द्वारा रो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हमसाल के बीच का विवाद है और "कोशिका काउन्टरेल" द्वारा किसी प्रकार का कोई रजाल नहीं है। इसलिए हमसाल में ऐसी के हलाक सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S. DO, FICO, FPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE CLINICAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

पद्मिनी दय्यालु (Padma Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

Vol. SIGNATURE of TRUSTEE 210re-52

न्यासौ इत्युक्तम् २