

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0326/3944

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

chikkathayamma 60

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

w/o Shivalingappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

Hanolakega

Koppa

Hobale Maddur

Taluk

Mandya

District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता

- II -

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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

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	H.S. Aruna Kumar	35	M	SON

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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों 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 + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

pre op post op
3944 Chikkathayamma

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 सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे इस 'बो' महाराष्ट्र एति "आंगिका फावन्देशन", से हो जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यक्तिगत या समस्त हिस्सा किसी अन्य संवैधानिक/बीमा कम्पनी से न लो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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-इच्छाया या जगते की ताप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी छवित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अभिभूत करता हूँ कि मेरा ज्ञान, धर्म, धर्म और जो विवरण इस प्रश्न में जोड़ित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, राम, राधामाया दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम

पता, कागदों और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, इसे "कोशिका" एकम् न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के तहत किसी या प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अभिवृत्त है। ये प्रश्न का विवरण में प्रत्यक्ष के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अभिवृत्त है।

2.) मैं (आश्वमेध) इस बात से सहमत हूँ कि भेरा, चाम, कोटों और शिवगम जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित हैं भूरी स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाया। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायिकों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हस्ताधार 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 अधिकृत, इलाखरी की ओर से मामले/ऐंसी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विहित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पक्षों में विहित सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उभर होगी/मामले में लेगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विहित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विहित अधिकतम/सकत हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य समतुलन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उभर होगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई भव्यता कोषल स्थिति प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI, B.K
M.B.B.S., D.O., FICO, FPOS
Specialist Cataract and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हार्दिक को गुरु व हार्दिक व हार्दिक व
TRIMC. Regn. No. 10555555

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on Behalf of Hospital)
OUTREACH HOSPITAL
DIABETES & ENDOCRINE SPECIAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[illegible]