

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0425/00413

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/4/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

T.N. Hanumatah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

MF

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्ताक्षर का नाम

S/o Hanjaraiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Ananthas Kurigal (A)

Tumkur (A) Rakhata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

K

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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 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	Dr. Aggarwal - RE - cataract
2	Dr. Aggarwal - RE - cataract
3	Dr. Aggarwal - RE - cataract + p. c. r. l.

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 लगी गई सहायता राशि
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 यहाँबताना चाहता हूँ कि इस प्रारूप 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।

2) मैं यहाँबताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बता गया है।

3) मैं यहाँबताना चाहता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गयी है, उस राशि का प्रतिफल या समकत किसी अन्य स्रोत/निरोहक/बीमा 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 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 का अपने इलाखत या अंगत की सय सयकर, मैं (अलेक्क) अपनी सयगी की पुष्टि करत हूँ एवं "कोसिका काउंटेनर और उसके गायी" को अधिभूत करत हूँ कि मेरा नाम, पात, कोटी और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कोसिका" एवम् गायी, दम, सयसयका दूसरे उद्देश्य से जुड़ी पेशितियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसर सयसय से प्रसंगित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाख के पहले या बाद में करने के लिये "कोसिका काउंटेनर" व गायी अधिभूत है।

2) पै (आवर्णक) इस बात से सहमत हैं कि घेर नाम, पाठ, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं करता। हम सम्बंध में "कोशिका" तथा उसकी आवश्यकता का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदन को हस्ताक्षर या मंगुले को 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, हमेशाही की ओर से मामले/एंगे की "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसहज) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो साधन और न ही अधिक्य में वित्तिप सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए जाएगी। हमने 'कोशिका फाउन्डेशन' से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उठाए के सम्बंध में 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा मरद हेतु कि है। यदि 'कोशिका फाउन्डेशन' द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट अधिक/मरद हेतु मरद नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उठाए जाएगी हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फटने-मरने" से तो यह सहायता केवल किंवदंती प्रकृति की है: लोग यह हमसात द्वारा ही यह सत्य या किन्तु गये उपचार/प्रक्रिया का पुनर्गणना से ही हमसात से बीच का विषय है और "कोशिका फटने-मरने" द्वारा किन्तु प्रकार का कोई दवाव नहीं है: इसलिए हमसात में से ही के इलाज सुझा और जाने जाने को जारी निम्नलिखित से ही हमसात की होती और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

Mr. LAKSHMIPATHU M

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIAGNOSTIC & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

नाम व पद हस्ताक्षर अभिमत अधिकारी

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4 | 4 | 25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जयश्री हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्त्या ३