

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation
APPLICATION NO. आवेदन संख्या :	B/04/25/0196	APPLICATION DATE आवेदन तिथि 11/4/25	 
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Ranga Dangi	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	SEX लिंग 57 m
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कानूनी का नाम	S/o Ranga Naikbar	PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय ठाकुर	
	Tlogarabelli malagondgurabelli	PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय ठाकुर	
OCCUPATION : लन्धनाय	Coolie	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय	1500/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष चलान)	
PAN No. एपीएन संख्या			
RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मा आप आय कर रहे हैं (वो मान्य हो उस पर माफी का निशान लगावें)		Yes / No हाँ / नहीं	
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
15	Phewa	44	F
			Wif
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये चिह्नित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गोदानी रेखा के लिये प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म जन्म वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये लिनाई का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई ड्रिलिंग सूची संलग्न		
16	Diagnosat RE- cataract RE cataract		
17	surgery RE- cataract + pcfcl		
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED लो गई सहायता रकम	
18	DBS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) I hereby declare that I am seeking financial assistance from Koshika Foundation for the purpose mentioned below.
 2) I solemnly declare that I have read and understood the "Agreement" and "Conditions of Assistance" mentioned in this form and I accept them without any reservation.
 3) I hereby declare that I am seeking financial assistance for the purpose mentioned in this form.
- 1) मैं आवेदक हूँ और मेरी मालिकता का नाम है। मेरी कोई विवाह वाली व्यक्ति नहीं है।
 2) मेरे पास कोई उद्देश्य की पूर्ति के लिए किसी जापानी, जो इस प्रकार में पाया जाता है।
 3) मैं पूर्ण रूप से इस कारण का विवरण कर रहा हूँ, उस विवरण का अनुच्छेद जीवन की स्थिति में बदलाव की वजह से बदल जाता है और न ही विवरण में दृष्टि।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is thus regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगठे की जाय लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ज्ञातीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, जाता, फोटो और जो विवरण इस प्रकार में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दान, जागरूकता वृत्ति उद्देश्य से उद्दीपिता विवरण के लिए किसी भी तरह याध्यम से प्रसारित करते हों तिए अधिकृत हैं। मेरे प्रकार का विवरण भी इसके पार्श्व या बाहर से करते हों तिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस कारण से महसूस हूँ कि मेरा नाम, जाता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से दर्शित है उन्हीं ज्ञाता: सहायता का हालाहर ज्ञाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके ज्ञातीयों को विवरण अधिकृत और बद्धकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसका अधिकृत, हस्ताक्षर को भी मेरे साथ लाए हो को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता हेतु मिलायित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मानव व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि यहाँ ज्ञातीयों और न ही गवाहियां में विविध सहायता किसी गैर साकारी संस्थान या विवरण अन्य स्तरों से उत्तम एवं/या कानूनी में लाने या तेरे द्वारा है वैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/ज्ञातीय उक्त ने सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल होता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विवरण अधिकारकाल हेतु मन्त्रा या किसी कानून होने से अस्पताल किसी अन्य गैर साकारी संस्था या विवरण अन्य स्तरों से सहायता लाने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इन पूर्ण में सम्बन्ध कानून है कि अस्पताल द्वितीय वर्द्ध उत्तर गैरी/साथी हेतु किसी गैर साकारी संस्था या विवरण अन्य स्तरों से नहीं लेगा/सेंगे।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकारकी को लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTPATIENT BANGALORE
DIARY & CLINICAL HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

(A unit of Dr. S. R. Lakshmi Pathi & Sons Trust)

आनंदिक इलाज सेंटर, Bananagar, Bangalore-52

Date of Surgery
अंगठी की तारीख

Dr. M. P. SUTHRA MBBS,
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasantnagar, Bangalore-52
KMC NO-91307

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर।