

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

PKOP - polt op
068H - Nagayya

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0525/068H		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 23/5/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Nagayya		AGE-YEARS जातु-वर्ष: 72	SEX लिंग: M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्तुस्य का नाम: Sh. madrasah			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासस्थान पता Honnalagere maddur (T) mandgera Kallataki			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासस्थान पता Se			
OCCUPATION: व्यवसाय: unemployed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित):	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय:		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)	
PAN No. स्थाई खाता संख्या:			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें):		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
1	Sakamma	40	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विन्यति आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय-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 निम्नों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया दृष्टी संलग्न
1	Diagnosis - RE - p. 10 LE - cataract
2	Surgery - LE - cataract + p. 10

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED तो यह सहायता राशी
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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

2) मैं (आवेक) 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 "कोशिका" एवम् उसके नामियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

उत्तराखण्ड के राजकीय विद्यालयों का विवरण



2. "कोशिका फाटनेशन" से तो गई महापात कंकल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमसतल ह्रास दी गई मल्लख या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनन ऐसी एवं हमसतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" ह्रास किसी प्रकल का कोई दखन नहीं है। इसीलिए हमसतल में ऐसी के प्रत्यक्ष सुसुख और जाने जाने की मारी जिम्मेवारी की होती और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेवारी इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 23/5/25	Dr. M. K. THARA MBBS. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इस्ताखार व रजि. नं. FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION	M. LAKSHMI PATHI N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इस्ताखार व अतिथित डॉक्टर KOSHIKA & EYE HOSPITAL (A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यासो इस्ताखार । KMC No-91567	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासो इस्ताखार । KMC No-91567	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यासो इस्ताखार । KMC No-91567