

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0625/07418

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Guruvaih

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S. S. Thimmaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

mudiguda

Tumakote Ch Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

Tumkur

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर पाल हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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

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) 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 विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - Rt - pcat 26. cataract
2	surgery - LE cataract + pcat

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 ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

pre op - post op
07418 - Guruvaih

DECLARATION by APPLICANT: **ਅਮਰਿੰਦਰ ਸਿੰਘ ਮੋਹਾਲੀ** (M)

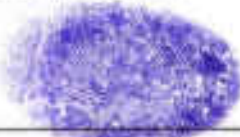
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 यहाँ पर कतार हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त भी जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में था गया है।
- 3) मैं यहाँ कतार हूँ कि बिना सहायता हेतु या प्राप्ति की गई है, उस राशि का अधिक या समकत किसी किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (above 20 500)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 fulfillment 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में संविष्ट है, उसे "कोशिका" एन.सी.आई., एन. कानून/एन.एस.ई. उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पहले या बाद से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से संविष्ट है, मुझे स्वतः सहायता का हक्काफ़ नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एन.सी.आई. ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का स्थान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorized 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.

इससे अधिकतर, हमेशाही की ओर से मायले/एली को "कोशिका माइग्रेटेशन" से विविध सहायता हेतु सिकाशित की जाती है, जिसे हम (इम्पलान्त) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो पर्यवेक्षण और न ही भूमिका में वित्तिय सहायता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य व्यक्त से उक्त संगठन/व्यक्त से लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निम्नलिखित/विविध उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अवसर/समय हेतु भुगतान नहीं किया जाता है तो सम्भवतः किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्भवतः द्वितीय चरण उक्त संगठन/व्यक्त हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी गई सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। लेनी या सम्भवतः द्वारा दी गई सहायता का किसे एवं प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसीलिए सम्भवतः में लेनी के इरादा सुरक्षित और अपने अपने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं सम्भवतः की लेनी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. M. P. POLITHRA MBBS

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

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

(A UNIT OF) **सिद्धांत** अधिका अधिका

Consultant Ophthalmologist
Diabetes & Endocrinology
(A unit of the Department of Medicine)
(Name of Unit & Dept. No. with Stamp)
Vasanthanathan, G. Govindarajan, M.D.
Specialist, Diabetes & Endocrinology

KDR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमौ हस्तप्रभ ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

આપણે જાણીએ છીએ કે

Exempel

Rich