

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		Koshika foundation Building Block of life		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(स्वास्थ्य देखभाल)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0625/0944		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 24/6/24		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Muthamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 67	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम No. marthiah		PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता S-c colony Malakalli (T) mandy (R) Kathalake		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता		RE op - palt op 0944 - muthamma		
OCCUPATION : व्यवसाय Home maker.		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर देता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)		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 संबंध
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किति आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
01	Diagnosis - Rt - Cataract Lt - Cataract			
02	Surgeons - Rt - Cataract + p. Rd			
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 ली गई सहायता राशी		
01	DBCS	20000/-		

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 कृत)**

- 2) मैं (अध्यापक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा ज्ञान, जल, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

संस्कृत में प्रयोग होने वाले शब्दों का अर्थ



AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 인가 확인)

2. "कोशिका फायनेंस" से तो नई मर्यादा जैसा विचार प्रकटि की है। रोटी या हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोटी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोटी से इलाज शुरू और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोटी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. M. RAVITHRA M.B.B.S.

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGA 025

DISEASES & EYE HIGIENE

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

Wasaninadinan 62034052

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital

(A) and (B) are Shradha Ev. 'usi'

५३ : जयपुर : जयपुरा नगरपालिका : जयपुरा : ३०५२

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यासी इतरांना २