

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

3/0625/0953

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Baramma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

s/o Kumalashah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता

Gudgondaraballi Tumkur (R)

Kahatata

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



pre op - post op
0953-Baramma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई करदाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को 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 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - cataract LE - cataract
2	Surgery - LE - cataract + p.i.sol

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 सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदक एता संस्था मया

- 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 यथार्थ कहता हूँ कि इस प्रश्न 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 इस को सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन", से लेता हूँ। मैं यह भी कहता हूँ, इसका उपयोग करके मेरे लिए की गई सहायता को मैं केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में दया गया है।
- 3) मैं यथार्थ कहता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस उद्देश्य के अतिरिक्त या सहायता के किसी अन्य उद्देश्य/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach to WFO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees in use/publish/pull-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 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.
- 1) इस प्रश्न या अपने इम्तक या अन्ये की छात्र सहायता, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीयों" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रस्तुत है, उसे "कोशिका" द्वारा जाहरी, दूर, माध्यम/या दूरसे इंटरनेट से जुड़ी गतिविधियों और जानकारीयों को तैयार किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति में इम्तक को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के इंटरनेट से प्रसारित है मुझे स्वतः, परामर्श का हमदर्द नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रश्न उसके न्यायीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

जलवेदक को इस्तेमाल कर अंगूठों का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL 200 1000)

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.

इससे अधिकतर हत्याधारी को और वे सामान्यतः को "कॉलिंगा फ़ाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु विपरीत को जाती है, जिसे हम (इन्फ़ॉर्मल) विभिन्न प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संसदन और न ही संविधान में विहित प्रक्रिया किसी भी सरकार को संसदन या किसी अन्य संसदीय निकाय को बना रोटी/घराने में लेने या ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका कारागार" को विकसित/निर्मित उक्त के सम्मर्थ में "कोशिका कारागार" द्वारा भएर हेतु कि है। यदि "कोशिका कारागार" द्वारा संसदों विधित अधिक/घराने हेतु बनार नहीं किया जाता है तो आमतौर पर किसी अन्य भी सरकार को संसदन या किसी अन्य संसदन में प्रत्यक्ष भेजें या अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असमाप्त द्वितीय भएर उक्त रोटी/घराने हेतु किसी भी सरकार को संसदन या किसी अन्य संसदीय निकाय में नहीं भेजा/लेता।

Dr. M. PAVITHRA MBBS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

ॐ नमो भगवते वासुदेवाय

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

समय व पद सम्मतानुसार अधिकृत अधिकारी

समय व पाठ हस्तमाला अधिकाृत अधिकाृत

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अनुसूचित उपपक्षे है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी इत्यादि २

Erfranz

2018