

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0625/0954

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/6/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ningamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

n/o Ningsiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kanchugalarabelli Kankur (0)
Kankalath

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

p/c of - full of
0954 - Ningamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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
15	mehalingash	43	m	son

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) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Rajshree Card (Attach Copy) उपरोक्ता 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
15	Diagnosis :- RT - prol LE - uterus intact
25	Surgery :- LE - intact + prol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
5	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: ਅੰਮ੍ਰਿਤ ਕੁਮਾਰ ਬੰਸਾਲਾ ਸਿੰਘ

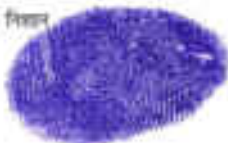
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता 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 प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, जिसका उपयोग 'उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अधिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूना।

AGREEMENT by APPLICANT (पुनर्वसु पत्र भरने)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's 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 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धारित है, उसे "कोशिका" समूह न्यासी, राज, राजस्थान द्वारा इंटरनेट से जुड़ी एक्टिविटीयों और पब्लिशिंगों को तब किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाक के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से धारित है पूर्ण सत्य, सहायता का बचकार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" समूह उसमें न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक भी हमारा या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

हमारे अधिकतर सदस्यों को और से सम्बन्धितों को "कोशिका जलाने" से निषिद्ध बताया होना सफाई की जाती है, जिसे हम (इम्प्लान्ट) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो वाय्वन और न ही भूमिगत में विविध सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य एजेंसी से उक्त रंगी/पामले में होने या तो रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्टेरिंग" से निष्कर्षित/विनिर्गित उक्त के सम्मन में "कोशिका काउन्टेरिंग" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्टेरिंग" द्वारा सहायता विविध आर्थिक/सकल हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जात है तो असंगत किन्ती अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्मन से सहजता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि असंगत द्वितीय मदर उक्त रंगी/पामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सम्मन से नहीं लेण/लेणी।

Dr. M. PAVITHRA MBBS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

॥ अथ लिंग संस्थिति ॥

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Senior Manager:

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Vasantham Eye Care Trust)
Vasantham Eye Care Trust

Vasanthakumari

KMC No. 1-357
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हजाराभा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासो हस्तगतः ।

Exempted

2018