

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0425/1343

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

22/4/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Muni Venkatappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o Thimmappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Madappala mgul (7) Kolar (D)
valkatake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



prop - portop
1343-Muni Venkatappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000/-

(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बंध
1	Munirathamma	39	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 - p. chal LE - cataract
2	Surgery - LE - cataract + p. chal

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये 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/-

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 सोचता करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिनें गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी स्थापना विरत की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो स्थापना एगि "कोशिका काउन्टिंग", से की जा रही है, उसका उपयोग उम्मी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में करा गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि विम स्थापना हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एगि का अधिक या कमल हिस्सा किसी अन्य छोटे-मिटेज/बीया कम्पनी से न तो लिया है और न ही धर्माग से लूँगा।

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 प्रश्न का जवाब इसलिए दिया जा रहा है, क्योंकि (अतः) अपनी सहायता की पुष्टि करता है, यह "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायों" का अधिष्ठान करता है कि यह नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में शामिल है, उसे "कोशिका" एकमात्र नाम, राश, राश/राश द्वारा उद्देश्य से चुनी गई विधि/विधियों और उपलब्धियों के लिए कितने भी प्रस्ताव सहाय्य से प्रसारित करने के लिए अधिष्ठान है। जो प्रश्न का विवरण में शामिल हो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व न्यायों अधिष्ठान है।
- 2) मैं (अतः) इस बात में सहमत हूँ कि यह नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे सहाय्य, सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस धारणा में "कोशिका" प्रश्न उसके न्यायों का विषय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

आर्सेनिक के इस्तेमाल पर अंग्रेजी का विधान



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 अधिकृत, इच्छाशी को और से प्राप्त करने को "कोशिका फायन्डेशन" से विनिवृत्त बनाया है। सिफारिश को जारी है, जिसे हम (इच्छाशी) निम्न प्रकार से ग्रहण व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सार्वजनिक और न ही भविष्य में निजीय सहायता किसी भी सरकार की संरक्षण या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐसी/याप्तने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से निगरानि/किर्ति उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निजी व्यक्ति/व्यक्तन हेतु सन्तुष्ट नहीं किया जात है तो सम्पत्तन किसी अन्य भी सरकार की संरक्षण या किसी अन्य सम्पत्तन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि सम्पत्तन द्वितीय मदर उक्त ऐसी/याप्तने हेतु किसी भी सरकार की संरक्षण या किसी अन्य साधन से नहीं लेने/लेगी।

2. "कोशिका फाटने-टूटने" से तो यह संभावना कंथल विविध प्रकृति की है। ऐसी या अन्यथा इस दो-तीन सालों या किये गये उपचार/प्रक्रिया का मुख्य रोगी एवं हमसाल में बीच का विषय है और "कोशिका फाटने-टूटने" इस किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमसाल में रोगी के इलाज युक्त और जाने जाने की सटी विम्वेदारी रोगी एवं हमसाल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या विम्वेदारी इस मामले में नहीं होगी।

सूचीकृती के लिए संयुक्ति

Dr. M. PAVITHRA MBBS

MS Consultant Ophthalmologist
Mangalore Diabetes & Eye Hospital

(A unit of Chandra Sheela Trust)
Vasanthanagar Bangalore-02

Mr. LAKSHMIPATHI M

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
Dr. [Signature] (Name of Authorised Signatory)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायमै हन्ताभ्यः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवम्बर २