

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या:

30725 1384

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि:

25/7/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Jokhummama

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
जिताकर्तुओं का नाम

Wlo Thimnegoncha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थायी जाता

maradipura.

Alugonangala (M)

mandya (M)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई स्थायी जाता

PL OF PL OF
1384-LokhummamaOCCUPATION:
जातकाम

Home Maker

MARRIED (जिवित) / UNMARRIED (अजिवित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No.: स्थाई जाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मेरा आय कर दाता हूँ। (जो माल हो उस पर सही का निश्चय लगाये)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
4	murthy	51	m	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये चिन्हित जाग्रत्ता

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
गाँवीं रेल के नीचे इमारत पर (इमारत पर की छाप दर्ती संतुष्ट हो)	बलांग वर्ग की इमारत पर (इमारत पर की छाप दर्ती संतुष्ट हो)	उपभोक्ता कार्ड (इमारत पर की छाप दर्ती संतुष्ट हो)	

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उल्लेख:

Sc. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
05	Dengough:- PE- ciliated LE- ciliated	
03	Subgross F - LE- ciliated apical	

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED ली गई सहायता राशि
4	DBCS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा स्वीकृता घोषणा

- 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.
- 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.
- 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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सात वर्ष मही हैं। परं कोई विवरण एवं काला भास्तव याक बातों की या सही नहीं है।

2) मेरे द्वारा यो सामाजिक दली "कांगड़ा कांडवाहान", में सी जा रही है, उसकी उम्मीद उम्मी उदास की तृतीय के दिये विवरण, जो इस प्रकार में भए गए हैं।

3) मैं यह कहता हूँ कि यो सामाजिक दली यो प्रारंभ की तरह है, उस दली का उत्तराधिकारी मानकात हिस्से किसी भूमि पर्यावरणात्मकीय कामकाजी में न ती लिपा है और न ही विविध में नहीं।

AGREEMENT by APPLICANT (see Section 101(e)(2))

- 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/pul-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 fulfilment 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 प्रयोग पर अपने हाथावर या अंगठी की साथ जगहका, मैं (अधिकारी) अपनी सहायता की दुष्टी करता हूँ एवं "कोशिका पार्लेंटरेन और उसकी नवाचारों" को अधिकृत करता हूँ कि मैं यह चाह, प्रयोग, फोटो और जो विवरण इस प्रयोग में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं नवाचारी, गान, यात्राओं के दूसरी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी ब्रह्मराजा सम्मान से उत्साहित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रयोग का विवरण में इसका बड़े पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका पार्लेंटरेन" व नवाचारी अधिकृत है।

2) मैं (अधिकारी) इस चाह में सहायता हूँ कि मैं यह चाह, प्रयोग, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतियोगी है तुम्हें भवतः सहायता का हक्काधारी नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" प्रयोग उसके नवाचारों का विशेष अधिकृत और अधिकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

मनोरह के इतावत का अनुदो ना फिरा



AGREEMENT by HOSPITAL (कानून द्वारा दिया)

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:

- (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.

यहाँ अधिक संख्याएँ की ओर से समान-संगी वा "संविलिप्त प्रत्यक्षेभूत" में विभिन्न संख्याएँ हीन विभागित की जाती हैं, जिसे इम (हमलाल) निम्न प्रकार से बताया व संकेतित करते हैं।

- 1) यह कि तो चारून और वह ही भविष्य में विशिष्ट सहायता किसी ने संस्कृती संस्कार या किसी अन्य लोगों से उक्त ऐसी समस्याएँ में लेने पा हो रहे हैं, जैसे कि इनमें “कौशिका वादान्देश” में विस्तृत विविध उक्त के पावर में “कौशिका वादान्देश” द्वारा बदल देते कि है। यदि “कौशिका वादान्देश” द्वारा सहायता विशिष्ट समस्याएँ देते नहीं तो किस तरह है तो समस्याएँ किसी अन्य या संस्कृती संस्कार या किसी अन्य सन्दर्भ में सहायता लेने का अधिकार मुश्वित रखता है। इस पूर्ण में संपर्क बढ़ा जाता है कि अत्याधिक द्वितीय घटन उक्त ऐसी समस्याएँ देते हैं।
 - 2) “कौशिका वादान्देश” में सी गई सहायता बोलत विशिष्ट प्रकृति की है। ऐसी या इम्प्रेशन द्वारा ही गई सहायता का किसे एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हम्मतान की बीच का विषय है और “कौशिका वादान्देश” द्वारा किसी उक्त का कोई रखना नहीं है। इसलिये इम्प्रेशन में ऐसी के उपचार सुनाक और जाने वाले को वही किसी एवं हम्मतान की दृष्टि और “कौशिका” की कोई भविष्य का विस्मयोंकी इस समाने में जड़ी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Date of Surgery २५/२/२५	Dr. M. PAVITHRA MBBS, MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Diabetes & Eye Hospital (A unit of Shradha Eye Care Trust)	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (on behalf of Hospital) DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shradha Eye Care Trust)
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर ।	Vasantha Nagar, BERNARAYANAHOSHIKA FOUNDATION KMC No-91507	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर 2