

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/1024/1761

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/10/2024

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahalingegowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

O/o Nanyundesowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Isodehalli Bellur Hobali Homeambika

Mandya District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

— 4 —



Pastop pncop  
1761 mahalingegowda

OCCUPATION:

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

✓

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनोद आधार

|                                                                                                                                                |                                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश का नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input checked="" type="checkbox"/> Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | <input type="checkbox"/> Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis RE cataract-<br>w cataract-                                                        |
| ②                      | Surgery w cataract + PCDL                                                                    |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ली 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निम्न को जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य छोटे-बिघोलेका/कीम कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में 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 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 प्रश्न पर अपने इलाज या अपने को स्वयं लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी जायगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में ध्वजित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार बाधक से प्रभावित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से ध्वजित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाधककारी होगा।

आवेदन की तिथि का अंगुलि का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

हमने अधिकृत, इसाफरी की ओर से मामले/दोषी को "कॉन्सिका फाउन्डेशन" से विलीन कराया है। निष्कर्ष की जाहज़ है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मस्थ और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उठा रोपी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने “कोशिका फाउन्डेशन” से निराश्रित/विपत्ति उक्त के सम्बंध में “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा मदद हेतु कि है। यदि “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा सहायता विनोति अस्वीकृत/मकल हेतु मन्तु नहीं किया जात है तो अनपत्ता किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य मन्ताधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित राखत है। इन दृष्टि में स्पष्ट कहा जात है कि अनपत्ता द्वितीय मदर उक्त रोपी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेगी।
2. “कोशिका फाउन्डेशन” से सी तई सहायता कोकल विविध प्रकृति की है: रोपी पर हमपत्ता द्वारा ही गई सहाय या बिने मने उपचार/चिकित्सा का शुल्क रोपी एवं हमपत्ता के बीच का विषय है और “कोशिका फाउन्डेशन” द्वारा किसी प्रकार का कोई दाय्य नहीं है। इसलिये हमपत्ता में रोपी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोपी एवं हमपत्ता की होगी और “कोशिका” की कोई भीमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

10/10/24

(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp) 

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory  
(A unit of Shree Chitambar Group of Institutions.)  
on behalf of Hospital)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी इस्ताखार ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

2020