

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

13/0925/1767

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Basavaraju

AGE/YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Shivomolappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Kadagaba

Bekhalu Gundlup Taluk

Chamaranagara District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

11


 pre op post op
 1767 Basavaraju

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000 /-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

आम आय करदाता हैं (को मान्य हो इस या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

SPL Card (Attach Card Copy) सोपी कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदंड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Reason/Proof अन्य कोई कारण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे मांगे किसी का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रमाण प्रस्तुत करें
①	Diagnosis RE cataract I.E cataract
②	Surgery RE cataract + p.IOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED की गई सहायता राशि

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 यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण उपलब्ध नया जाय तो मेरी आवेदन पत्र को वापस कर दिया जायेगा।

2) मैं इससे यहाँ बताना हूँ कि "कौशल विकास योजना", से जो मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा जो मैंने इस आवेदन में बताया है।

3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या अपने नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस मदद के लिए वापस करने की आवश्यकता नहीं महसूस करूँगा।

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/post-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 प्रकार का करने इच्छा या जल्दी की काम लगाने, मैं (अर्हक) अपने सम्पत्ति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टीस" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस तरह से प्रकाशित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, धन, वाहन/या दूसरे उपकरण में मुझे भौतिकीय और उद्योगिकी के लिए किसी भी प्रकार संपन्न से प्रसारित करने में निम्न अधिकृत है। मैं इस बात का विचार नहीं करता कि पहले यह बात में करने में निम्न "कोशिका फाउंडेशन" के जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को कि सहायता के उपरान्त में प्रसारित है मुझे सहा; सहायता का स्वरूप जो करता इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसकी जरूरतों का निर्धारण करती और संपन्न होती होगी।

अमेरिका में हत्याकांड का संदेह का विचार

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.

हस्ताक्षर करके जोर से चपले/पेनी को "कोशिका फाउन्डेशन" में भिजित स्थापना हेतु विधित्त की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से समझ व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि हम जो कभीना और न ही भविष्य में किसी स्थापना किसी के आकासी संभवता या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/मार्गसे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विधित्त/सहायता इसा के समझ में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्थापना किसी व्यक्ति/संभवता हेतु समझ नहीं किया जाता है तो स्थापना किसी अन्य के आकासी संभवता या किसी अन्य संभवता से स्थापना लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि स्थापना स्थिति पर इस रोगी/मार्गसे हेतु किसी के आकासी संभवता या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" में लेने या स्थापना संभव भविष्य प्रकृति को है। लेने या स्थापना द्वारा दो वर्ष स्थापना या किसी वर्ष स्थापना/प्रक्रिया का सुझाव देनी एवं स्थापना में दोष का निरास है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई समझ नहीं है। इसलिए स्थापना में लेने में स्थापना सुरक्ष और जगह जगह की जगह विनोदनी लेने एवं स्थापना को लेने और "कोशिका" को कोई अधिकार या विनोदनी इस मामले में नहीं होती।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयश्री बाबाजी २