

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Work of 15

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

6/025/1735

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

09/09/25

NAME of APPLICANT /

आवेदक का नाम

Mahadevamma

AGE-YEARS अनु. वर्ष

72

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

W/o Mahadevappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS, वर्तमान निवास पता

Hikalapur, Begus Hobli, Gundlupet (T), Channarayana

Prapaty

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'X' चिह्नित करें)

Yes / हाँ

No / 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 से क्या संबंध
①	Mahadevamma	72	M	Self
②	Bhooman	35	F	Daughter-in-law
③	Bhooman	17	F	Grand Daughter
④	Aditya	15	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदक के लिए किस आधार पर

BPL Card

(Attach Card Copy)

 परिवार में किसी भी सदस्य का
 (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

 आय कर का प्रमाण पत्र
 (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

Ration Card

(Attach Copy)

 उपभोक्ता कार्ड
 (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

स्वास्थ्य हेतु किस उद्देश्य के लिए

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/दवाखाने के कागजों की प्रतिलिपि प्रस्तुत करें
①	Diagnosis - RE PIGL LE Cataract
②	Surgery - LE Cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह 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.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विषयों में मेरी जानकारी की अनुपस्थिति एवं सही है। यदि कोई विषय एवं चरण प्रत्यक्ष रूप से मेरी जानकारी के अंतर्गत नहीं आता है तो मैं इसे अनजान मानता हूँ।

[illegible]

AGREEMENT by APPLICANT: I, Dr. K. S. Narayana, do hereby

for which assistance is being requested.

with the Trustees of Kushiya Foundation, and their decision in this regard will be final and irrevocable to the

2) श्री (अनुराधा) दूर भाग से आया है कि मेरा नाम, माता, पिता और विवाह में कि सम्पत्ति में बदलाव है अर्थात् मैं कुछ सारा जमाना का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में

.....

APPLICANT'S SIGNATURE (PRINT NAME) _____

1000

AGREEMENT by HOSPITAL (PRINT OR TYPE)

_____, Director of the Department of Health and Human Services, 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 anyone other than Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation or any other source. This

requesting to get from Keshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source.

31 The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the

assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and receive the full fee.

[illegible]

१) यह कि वे तो समझते हैं कि वे ही सबकुछ को जानते हैं।

बिजली काबज और धनवादी संस्था का बिजली अभाव घटाने के लक्ष्य पर सकारण होने का अधिकार सुरक्षित नहीं है। इस मुद्दे में निम्न कमी काटें। 1. जो अभाववादी संस्थाएं हैं, वे बिजली अभाव घटाने के लक्ष्य पर सकारण होने का अधिकार सुरक्षित नहीं है।

“संवेदनशील समाजसेवा” को ही वह समझना चाहते हैं जिस प्रकार की है। इसी का इस्तेमाल हम दो नई भाषा का किसे नये उपकरणों का मुक्त होकर नये इस्तेमाल

केंद्र कोष का विवरण हे अर्ध "वित्तिकार प्रत्यक्षता" एतद्विधी प्रमाण का कार्य दखल ली है। इतिविषय सम्बन्धित में उक्त के उत्तर के सुझाव जो आगे की जायेगा।

को छोड़ें और "कॉलेज" को बंद भूषण के विनिर्देशों के अनुसार न करें।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
प्रोफेसरी के लिए संस्तुति

Date of Survey	
----------------	--

OUTREACH BANGALORE

Signature of Doctor: _____

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

સર્વોચ્ચ અધિકારીના સહયોગ સાથે

SIGNATURE of TRUSTEE 2

SIGNATURE OF PROJECT आर्यो हगवतः ।	आर्यो हगवतः २
---------------------------------------	---------------

	
--	---

[illegible]