

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1809

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jayadevappa

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

70

SEX (लिंग)

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Chennappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Kathemnahalli Dandinaithi Kondaipatti

Tumakuru Taluk, Tumkur District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

-11-



pre op post op

1809 Jayadevappa

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आई टैक्स संख्या)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिक चिह्न लगाएं)

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 से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रदेशी तालिका-कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अनुपूर्विका कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी एक निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की प्रती संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Diagnosis LE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई प्रमाण सहायता प्रती

DECLARATION by APPLICANT: NONE SEE STATE VA:

- 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 Kishika 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 यकीन करता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया था तो मैं उसे सत्यापन किया करूँगा।
- 2) मैं इस बात का यकीन रखता हूँ कि "किसीका फाउंडेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए करूँगा जिस उद्देश्य के लिए मैंने मदद माँगी थी।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं इस सहायता से पहले या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही किसी भी मदद नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE NEW 12TH WALK)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/upload products 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 उत्तर इसलिए का प्रश्न की जाय समझा, मैं (अर्जितक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में घोषित है, एवं "कोशिका" द्वारा अपने, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्य से मुझे लक्षितविधियों और प्रत्यक्षियों को मिले किसी भी प्रकार सामान्य से प्रशिक्षण करने के लिए अधिकृत है। मेरा उत्तर का विवरण मेरा उत्तर को प्राप्त या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्जितक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सामान्य के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे प्रत्यक्ष, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और समर्थनीय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

www.pearsoned.com.au



AGREEMENT by HOSPITAL: (Y/N) (CH) (EN)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (General) 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/cases, 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/cases 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.

is the matter.

- 1) यह कि न तो कोरिया और न ही अमेरिका में किसी एकदमता किसी भी समस्या को संभाल या किसी अन्य मामले में उसका रोटी-पावली में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोरिया-जायंट" में निम्नलिखित-किसी उस से सम्बन्ध में "कोरिया-जायंट" का मर रहे कि है। यह "कोरिया-जायंट" का मरना किसी अधिकारकर्ता से मरने की बात है तो जल्द ही, किसी अन्य भी समस्या को संभाल या किसी अन्य सम्बन्ध में मरना रहे का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इन तथ्यों में स्पष्ट बात यह है कि अमेरिका इतिहास में उस रोटी-पावली से किसी भी समस्या को संभाल या किसी अन्य सम्बन्ध में नहीं लेता-लेती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीकाली के विषय प्रस्तुति

W. B. Lock

Date of Surgery
 ११/०५/२०१७

Abstracts will be sent to the following:

11/9/25

Dr. PRADEEP, B.K.

Abstract

(Name of Dr. & Regt. No. with Star)

॥ श्री गणेशाय नमः ॥

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

01TEACH-RANGALRE

OUTREACH AND COMMUNITY ENGAGEMENT

(Arjun Shradha Eye Care Trust)

Macmillan 9780230519956-56

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इन्द्रका ।

Ergebnis

SIGNATURE OF TRUSTEE:

न्यासी इन्द्रावर

2128