

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0925/1821

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/9/21

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Dagappa

AGE/YEARS आयु-वर्ष

80

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Ningappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता

Marinabelli, Pimpur, Tumkur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासीय पता

11



Proof - Post OP
1821 - Dagappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत प्रस्तुत करें)

PAN No. : जारी नहीं किया

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मानें 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 सदस्यों का नाम	Age (Years) यु (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
1	Shiksha	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

RPL Card (Attach Card Copy) रबीसी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	RWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रती प्रस्तुत करें)	Any Other Scale/Proof आय कोई सबूत
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पत्र लिखी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिबंधन प्रती संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - P210L
2	Surgery RE - Cat + P210L

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस 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 AWAIED की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: WHERE THE STATE OF

- 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 retraction/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, seek 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 पर पुष्टि करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि "उद्देश्य" के अन्तर्गत, जो मैंने इस फॉर्म में उल्लेख किया है, के लिए ही मैंने इस सहायता के लिए आवेदन किया है।
- 3) मैं यहाँ पर पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता को पूरा वापस नहीं करूँगा। मैं इस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT | 2025-07-01 10:00

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashiika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 Kashiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashiika 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 Kashiika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तराक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कशीका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और वह विवरण इस प्रकार में बताने हैं, इसे "कशीका" द्वारा जारी, पत्र, पाठ्यक्रम दूसरी स्वरूप से मुझे परिचितियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी उद्देश्य के उपयोग करने के लिए अधिकृत है। जो इस का विकास को प्राप्त कर सकते हैं या नहीं वे करने के लिए "कशीका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहायता के इच्छीनं से प्रेषित है मुझे प्राप्त-सहायता का इच्छा पूरी करता इस संबंध में "कशीका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और अपारिवर्ती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

...and the ...



AGREEMENT by HOSPITAL: [] (SEE INSTRUCTIONS)

By affixing her/his signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकांश, बहुमतवादी की ओर से भारतीयों की "कोसिका आन्दोलन" में निहित महत्त्व हेतु विचारों की जमीन है, जिसे हम (बहुमतवादी) फिर उठाते हैं। हमारे पास ही राज्य व लोकतांत्रिकता है।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश में विहित व्यवस्था किसी के सामाजी समूह या किसी अन्य वर्गों से उच्च प्राथमिकता में लेने या न ले लेने के लिए है, बल्कि कि इनसे "अधिकार प्राप्तकर्ता" से विपरीत/विशिष्ट उच्च से संरक्षण में "अधिकार प्राप्तकर्ता" को नष्ट करने हेतु कि है। यदि "अधिकार प्राप्तकर्ता" को संरक्षण किसी अधिकारवांछना हेतु प्रत्येक नहीं प्राप्त प्राप्त है तो संविधान किसी अन्य के सामाजी समूह या किसी अन्य व्यवस्था से संरक्षण लेने का अधिकार प्रदान करता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात यह है कि संविधान प्रदान करने उच्च प्राथमिकता हेतु किसी के सामाजी समूह या किसी अन्य वर्गों से नहीं संरक्षित।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्थशास्त्रज्ञांनी या विषय समजले

Mr. LAKSHMIPATHI M

Summary Worksheet

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Standard British English)

(A UNIT OF SARCOPHAGUS SPERMATOPHYTES)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
 (patient's initials)

11

DR. PREM. B. K.

Downloaded At: 11:52 11 September 2009

(Name of Dr. B. Ram. No. with Stamp)

आकाश का भरण व पालन है।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

二、**研究目的**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

— 200 —