

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Spirit of life

APPLICATION No.:

आवेदन क्रमांक :

B/0925/1841

APPLICATION DATE:

आवेदन दिनांक

13/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gowdamma

AGE/YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

W/O Shivanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.No - 1500, H.th. Division, Near R.C. Bank

Kantamayakurmathalli, Tiptur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-1-



Pre op 1841
Post op Gowdamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home, Nck Kueg

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22,000 / -

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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 कतम से एक पर चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / 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 किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भारतीय रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई वसिरेपत्र प्रतिलिपि
①	diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery RE cataract + PCLO

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: ☐ **सत्यम्** ☐ **मोक्षम्** ☐ **वै**

- 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 पर गारंटी दे रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये या यह साबित हो जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", को जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी दे रहा हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से इस मदद के लिए किसी भी प्रकार का रिफर्ब/पैसे का वापस नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING DS-570)

- 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/print/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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करें, प्रकाशित करने के माध्यम से मुझे और/या कोशिका के बारे में जानकारी को आम जनता के बीच प्रसारित करने के लिए, अधिकृत है: वे इस का विवरण भी हस्ताक्षर के साथ या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रार्थना कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि हस्ताक्षर के माध्यम से प्रकाशित है मुझे नहीं: प्रदान या हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी का निर्णय केवल और अंतिमकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संस्कृत में प्रयोग होने वाले शब्दों का अर्थ



AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH TO NRC)

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

इससे अतिरिक्त, हमारे भी को और से गाने/पैरी को "आंतरिक फाइनल" से विविध सामग्री से सिन्थेसिस की जाती है, जिसे हम (हमारे) विभिन्न प्रकार से काम में लीजाने करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वयंकाराती को निरुप संभवति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Place of Authorized Signatory)

(A unit of St Vincent's Health Care Trust)

Vacuum Manager **5000** **More**

VacuumManager 5000 Core-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभिनेता की लवली लवली /
अभिनेता की लवली लवली

Dr. PABETHI B.M.
M.D.S.D., F.R.C.S.D.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

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

2000-01-01 to 2000-01-01

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अपनी

SIGNATURE of TRUSTEE:

स्वाध्यायः ।

SIGNATURE OF TRUSTEE 3

2000

Exempel

Rich