

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

FOUNDATION

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1848

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Thimmakka

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

55

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

M/o Venkatarajappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास

Bodanahalli, Malur (H)

Kolar (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास

Kolar (D) Karnataka

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें):

Yes / हाँ

No / 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
1	Venkatarajappa	55	M	Spouse

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जायेगी)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पर (आय पर की जांच की जायेगी)	☐ Aardhan Card (Attach Card Copy) अर्धश्रमिक कार्ड (आय पर की जांच की जायेगी)	☐ Any Other Basic/Proof आय कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे को निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्वास्थ्य/दवाइय से जारी की गई डॉक्टर की पर्ची
1	Diagnosis - RE - cataract
2	RE - cataract
3	Surgery - RE - cataract
4	RE - cataract

ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त रहा है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIRED जो प्राप्त सहायता रही



prop - part of
1848 - Thimmakka

DECLARATION BY APPLICANT: none yet sent to.

- 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 स्पष्ट करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण गलत अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग उम्मीद जैसा की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर स्पष्ट करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से या अपने कार्य से वापस प्राप्त किसी अन्य रीकम्पेंस/इन्सुरेन्स प्रदाता से या किसी अन्य स्रोत से इस राशि के लिये या इस राशि के लिये नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (under 180 WFO)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शियक) अपनी जानकारी को भुगत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करते हैं कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस तरह में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, प्रकाशित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। यह प्रमाणित करने के लिए आवश्यक है कि यह प्रमाणित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शियक) इस तरह से समझते हैं कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण को किसी भी प्रकार से उपयोग करने के लिए नहीं किया जा सकता है। "कोशिका" द्वारा उनके अधिकारों का निर्धारण और लागू किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.



AGREEMENT by HOSPITAL: (WHITH 200 WORDS)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirms & 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.

काले अधिकांश, इस्लामी की ओर से भाष्यकर्ता की "बोल्डिंग पास्टोरेल" से मिले सामान्य किंग विवादों की जड़ें हैं, जिसे हफ (हफमान) निम्न प्रकार से स्पष्ट व सीधा करते हैं:

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

ਭਾਈਬਾਣੀ ਸੋ ਲਿਖੁ ਧੰਨਗੁਣਿ

Date of Surgery
all times will return

244

169/25

Dr. FREETHL B. M.
M.B.B.A., D.C., F.D.C., F.O.D.

(Name of Dr. R. Datta Set with Seal)

[illegible]

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

12 YEARS **NONSTOP**

DIABETES & EYE HOSPITAL

Unit 51 Shradha Eye Care Inc.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE:

अथैवमिति ।

Exempel

SIGNATURE OF THE LEEF

प्राप्ति के लिए

Signature