

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Hope of Life

APPLICATION No.

आवेदन क्रमांक :

B/0925/1883

APPLICATION DATE

आवेदन दिनांक

19/9/25

NAME of APPLICANT

आवेदन करी का नाम

Rathnamma.K

AGE-YEARS आयु-वर्ष

51

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

H/o Komparah

Relakowadi

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Malevalli (1)

Nandya

Kalyanapur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Kalyanapur



prop - post of
1883 - Rathnamma

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. आय का प्रमाण

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

क्या आप आय करदाता हैं (को सही से टिक करें या रिक्त छोड़ें)

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 आवेदन करी के साथ संबंध
01	Atharva	21	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु किसे प्रमाण प्रस्तुत करें

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिपत्र प्रमाण प्रस्तुत
01	Diagnosis - RE - Cataract
02	SE - Cataract
03	Surgery - RE - Cataract + PRS

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु 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 AWARDED जी प्रमाण प्रमाण

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 Kaushika 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 or 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 बताना चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ग़लत बताना प्रमाणित हो जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं इससे यहाँ पर बताना चाहूँ कि "कौशिका फाउण्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बताना चाहूँ कि मैं इस सहायता से या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से या किसी भी और किसी भी स्रोत से राशि नहीं लूँगा।

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-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 Kushiya Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

[illegible][illegible][illegible]

By affixing hereunder signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 another NGO or any other source, for the same purpose(s), as we are requesting to get from Kashioka Foundation, in the extent that such assistance is granted by Kashioka Foundation. If the requested assistance is not granted by Kashioka Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its 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 purpose(s) from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Kashioka 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 Kashioka Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Kashioka Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिवक्ता, राजस्थान की ओर से राज्यपालों की "कमिटी ऑन गवर्नंस" के विभिन्न मांगों पर विचारों की जाती है, जिसे हम (राजस्थान) फिर प्रकाश में लाएंगे और सही समय पर सही जगह पर प्रकाश देंगे।

(3) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में विहित अधिनियम किसी भी संसदीय संस्था या किसी अन्य व्यक्ति में उक्त ऐतिहासिकता में कोई या से कोई है, जो कि अपने "भौतिक प्राप्ति" में विधानसभा/विधि उक्त में संसदन में "भौतिक प्राप्ति" द्वारा प्राप्त हो। यदि "भौतिक प्राप्ति" द्वारा अधिनियम किसी व्यक्ति/संस्था से प्राप्त हो, तो अधिनियम किसी अन्य भी संसदीय संस्था या किसी अन्य संस्था/व्यक्ति में प्राप्त हो तो वह अधिनियम धार्मिक नहीं है। इस धर्म में प्राप्त होना नहीं है कि अधिनियम विहित करने उक्त ऐतिहासिकता से किसी भी संसदीय संस्था या किसी अन्य संस्था में नहीं प्राप्त होती।

२. "बीजिका गणन्योक्त" में भी भर्तृ हारदा कोकल मिलित प्रकृति की है। ऐसी 'च' इत्यनुसृत रूप की भर्तृ शब्द 'च' मिले लगे उपभार/प्रकृति का प्रथम सेरी एवं इत्यनुसृत

बे सोप का विषय है और "बोलिया" चरित्र-संग्रह का नाम है। इसीलिए इसका नाम बे सोप और बोलिया रख दिया गया है।

प्रयोगशाला के विषय में संवर्धन

Senior Manager

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

Unit of Shradha-Evercare Tru

Vasantnagar, Banglore-52

Date of Surgery
 2010-01-01

19/9/25

Dr. PRESTON, D.
WILL DO, FID. #1
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हमारा का रुख है समाधान के लिए, न

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपपत्ति ॥

SIGNATURE of TRUSTEE :

व्याप्तौ सम्बन्धः ।

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000

2020