

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Hope of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1890

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevamma

AGE-YEARS मातृ वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

N/A Basavegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Javanagalkatti, Belakandi

Maddur, Kalyanak

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास पता

Belakandi

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत प्रमाण)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (यदि सत्य हो उस पर चिह्न लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Basavegowda	82	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए निम्न आधार

☒ RPI Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय परिवार नियंत्रण कार्ड का प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (अलग पत्र की साथ प्रमाण पत्र)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कारणों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ
1	Diagnosis of - cataract
2	Surgery - cataract + pto

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो मदद मिल चुकी है

pu op - part - p
1890 - mahadevamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा करें:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में मेरे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रस्तुत किया गया है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "बोद्धित" कर रहा हूँ, कि अगर मुझे कोई सहायता मिलेगी तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जिस उद्देश्य के लिए मैं इस सहायता के लिए आ रहा हूँ।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/duplicate/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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ गंभीरता से घोषणा करता हूँ एवं "बोद्धित" कर रहा हूँ कि मैं "बोद्धित" कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठा का निशान


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient 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 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 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 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 in 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में मेरा सहमति दे रहे हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ। मैं (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में मेरा सहमति दे रहा हूँ कि मैं "बोद्धित" कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ।
2. "बोद्धित" कर रहा हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी और न ही खर्च के लिए पैसा ले रहा हूँ।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shraddha Eye Care Trust)****Vasanthanagar, Bangalore-52****(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)****हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और पंजीकरण नंबर****FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION****आंतरिक उपयोग के लिए****SIGNATURE of TRUSTEE 1**

आवेदनक 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदनक 2


