

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building trust at life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:		B/0925/1939		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि		23/9/25	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम			AGE/YEARS (वर्ष):		SEX (लिंग):		
Blagyanma			70		F		
FATHER'S/DISPOSER'S NAME: पिता/उत्तरदाता का नाम							
Malleappa							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पते							
Jalehalli - Annibale (H) - Hassan (D)							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पते							
Kalatataka							
cc							
OCCUPATION: व्यवसाय				MARRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
Home maker							
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
PAN No. यदि प्राप्त होना चाहिए							
DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप एक आय कर दाता हैं। (जो लागू हो उस पर तिक चिह्न लगाएं)							
Yes / No हा / नहीं							
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण							
Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध			
5	Pranath Kumar	25	m	Grand son			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को किस निम्नी आधार							
RPI Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रेशन कार्ड की प्रमाणित प्रतिलिपी (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करना)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्य जन वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करना)		Ration Card (Attach Card Copy) रसियन कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही जमा करना)		Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु जिस गरी निम्नी का उद्देश्य:							
Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/प्रातिपत्रिका से जोड़ी जा रही प्रमाणित प्रतिलिपी							
Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached						
10	Diagnosis:- RT-Cataract LE-Cataract						
25	Surgeon:- RT-Cataract + ptoch						
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?							
Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कोई नई राशि प्राप्त हुई			

DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE ☐ N/A

- 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.
- () मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं माना गया होगा तो मेरी साहाय्य निरस्त की जा सकती है।
- () मैं इस जो साहाय्य एतः "भौतिक आवश्यकताएँ", के ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया करेगा, जो इस प्रश्न में था।
- () मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस साहाय्य से वह व्यय को नहीं है, इस राशि का अधिक या कमरा किया किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न हो गया है और न ही भविष्य में होगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach this with)

- 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/put-up/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 रूप या अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापने पर, मैं (अर्पणक) अवगत करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस रूप में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वामी, घर, व्यवसाय पत्र प्रकाशन में मुझे प्रेषित करने और प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण को प्रकाशन के पत्रों या घर के पत्रों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में प्रेषित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पणक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने से अधिकृत है मुझे नहीं; सहायता का प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान करने के लिए अधिकृत और प्रकाशित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संस्था के सदस्यता शुल्क



AGREEMENT by HOSPITAL (EFFECTIVE DATE)

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

- 2) That we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/cases, 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/cases from any other NGO or any other source.

आपने अतिशय बख्शीशी की और वे आपकी-सी ही "आविष्कार-आपनीकता" से विविध व्यवसाय में निपटविल की जाती हैं, जिन्हें हम (इन्सान) फिर प्रकाश से मजबूत व मजबूत करते हैं।

- 1) यह कि न तो 'संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रक्रिया के बिना किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐतिहासिक वस्तु को ले जा ले जाये, जैसे कि इनमें "कोरिया काउन्सेल" में निपटारा/हस्तान्तरण उक्त संस्था में "कोरिया काउन्सेल" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। और "कोरिया काउन्सेल" द्वारा सहायक निजी अधिकारपत्र प्राप्त हेतु प्रस्तुत की जिस बात है कि संस्था, किसी अन्य या सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि संस्थागत विहित प्रक्रिया उक्त ऐतिहासिक वस्तु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोरिया काउन्सेल" से ले गई प्रत्येक वस्तु विहित प्रक्रिया की है। लेने या हस्तगतता प्राप्त की गई प्रत्येक वस्तु को लेने वाले हस्तगतता/विना का प्रमाण लेने एवं हस्ताक्षर को लेने का विधान है और "कोरिया काउन्सेल" द्वारा किसी प्रस्ताव का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हस्ताक्षर में लेने के प्रमाण प्रमाण और अपने कार्य को जारी रखने/लेने लेने एवं हस्ताक्षर को लेने और "कोरिया" को कोई अधिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कभीकाली मो विपु संभारि

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL
1011 University Ave. Philadelphia, PA

(A unit of Shroddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
 2009-01-01

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

Adapt

Name of Dr. & Room No. with Stamp

प्राप्ति के लिए प्रार्थना करें।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामो विष्णवे ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथवा