

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Health of life

APPLICATION No. : 3/0923/1959 APPLICATION DATE : 25/9/25

NAME of APPLICANT : Madhamma AGE-YEARS : 60 SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. Beeranna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Madagal, Srirangapatnam, Madhavu

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Madhavu

OCCUPATION : Home Maker

TOTAL ANNUAL INCOME : (Attach Proof of Income)

PAN No. : Yes / No

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

FAMILY DETAILS

Sr. No. Name of Family Member Age (Years) Gender Relation with Applicant



PR of - part of
1959 - madhamma

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)
Ration Card (Attach Card Copy)
Any Other Basis/Proof

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Medical Reports/Prescriptions Attached

Sr. No. Name of Family Member

1. Diabetic - R. Cataract

2. Diabetic - R. Cataract

3. Diabetic - R. Cataract + P. Cataract

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No. Name of OTHER SOURCE

DECLARATION by APPLICANT: सविता दास चौधरी १३

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 6) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि मैं इस सहायक हेतु यह प्रमाण नहीं दूँगा, जब तक कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी के पैसे से किया है और मैं इसे वापस नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (JOSHUA THE KING)

- 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 इस्तेमाल या कोई भी अन्य उपयोग, मैं (अर्शियक) अपने नामों की छवि प्राप्त हैं वह "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायों" को अधिकृत प्राप्त है कि वे आप, नाम, पते और जो विवरण इस तरह में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा जारी, नाम, सम्बन्धन द्वारा उत्पन्न से कुछ प्रतिबंधित जो प्रतिबंधित में होने के लिए भी उदाहरण से प्रत्यक्ष करने में लिए अधिकृत है। मेरे तरह का विवरण जो इस्तेमाल के मामले में कर में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शियक) इस बात में समझते हैं कि वेद आप, नाम, पते और विवरण जो कि प्राप्त से उत्पन्न से प्रेषित है मुझे प्राप्त, सहायता का उपयोग नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके न्यायों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

www.elsevier.com/locate/jmb

AGREEMENT by HOSPITAL: (SEE PAGE 202) N/A

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kashiya Foundation, we (Institution) 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.

हवाई अधिकार, इन्फ्रास्ट्रक्चर की ओर से भागीदारों को "क्रॉसिंग प्वाइंट्स" से मिलित प्रस्ताव हेतु निर्धारित की जाती है, जिसे इन (इन्फ्रास्ट्रक्चर) बिना प्रसार से मान्य व प्रोत्साहित करते हैं।

- 1) यह कि न तो भारत और न ही अरबिक में किसी एकमात्र देश को ही एकमात्र संसाधन या किसी अन्य स्रोत से उच्च ऐरोपमानों में लेने या ले ले है, जैसे कि इनने "कोशिका पायरोडोल" में विशालाकार/विशाल उच्च में संसाधन में "कोशिका पायरोडोल" द्वारा प्रसार हेतु कि है। यदि "कोशिका पायरोडोल" द्वारा संसाधन किसी अतिरिक्त/संसाधन हेतु संसाधन नहीं दिया जाता है तो संसाधन-किसी अन्य है। एकमात्र संसाधन या किसी अन्य संसाधन से संसाधन लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि संसाधन किसी प्रकार उच्च ऐरोपमानों हेतु किसी भी एकमात्र संसाधन या किसी अन्य संसाधन में नहीं संसाधित।
2. "कोशिका पायरोडोल" या तो यह संसाधन केवल अतिरिक्त प्रकृति की है। ऐसी पर संसाधन द्वारा ही यह संसाधन या किने गए संसाधन/अतिरिक्त का प्रसार ऐरो एवं संसाधन के बीच का प्रसार है और "कोशिका पायरोडोल" द्वारा किसी उच्च या कोई संसाधन नहीं है। इसीलिए संसाधन में ऐसी को संसाधन प्रसार और अपने अपने को नहीं किनेवादी ऐरो एवं संसाधन को ऐरो और "कोशिका" को नहीं अतिरिक्त या किनेवादी इस संसाधन में नहीं लेते।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीडिश के लिए संभव है

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name of the Signatory of Authorized Signatory)

(A unit of Srinidhi Eye Center)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
दिनांक ११ जून

सिद्धिदाता श्री गणेशाय नमः

25/9/25

Dr. PREENI, B.E.
M.B.B.S., PGD, FRCR
(Name of Dr. A.Deno. No. with Stamp)

(Name of Dr. A. Davis, No. with stamp)

आकार के साथ वे बसाया जा रहा है।

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 ERIC WENIG 1

सुखी वातावरण

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2000

1218