

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Work of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/0925/1964		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 25/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Khurphad		AGE-YEARS : वयस वर्ष :	SEX : लिंग :
		75		F	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : Abdul Karim					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास का पता Karataputa, Kamavagaro, Karatapur					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास का पता 11					
OCCUPATION : व्यवसाय : Homemaker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 1				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)	
PAN No. : यदि कोई हो तो					
☒ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): मैं क्या आय का दावा करता हूँ (जो भी लागू हो उसे 'X' चिह्नित करें) Yes / Ha हाँ / 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 क्या सम्बन्ध	
/					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) महोदय रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ FWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय प्रमाण पत्र प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिलिपि प्रतिलिपि संलग्न				
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract				
2	Surgery RE - Cat + FRIOL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED की गई सहायता राशि			

DECLARATION by APPLICANT: अर्जित इत पोलिस ११

- 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 Kosmika 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस की सहायता यदि "कोसमिका फाउन्डेशन", के लिये मांग रही हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु यह प्रत्येक नहीं भर रही हूँ, इस उद्देश्य को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- t) 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) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के दस्तावेजों में शामिल हैं मुझे स्वतः सहायक का उपयोग नहीं करना। इस संबंध में "कोशिका" एनएचआर दस्तावेजों का निर्माण नहीं करवाया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

[illegible]

AGREEMENT BY HOSPITAL (WORTH SEE WITH)

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, in 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.

इसके अतिरिक्त, राजस्थानी की ओर से साहित्यिकों को "संविदात पाठ्यक्रम" में विविध अंशों में नियमित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से समझ सकते हैं।

- [illegible]

2. "कॉलेज फ़ाउन्डेशन" में तो यह सहायक भवन स्थित प्रकृति में है। तो यह इमारत इस से यह जगह या बिन्दु से उपचारप्रक्रिया का मुख्य होती एवं इमारत में बीच का स्थान है और "कॉलेज फ़ाउन्डेशन" इस किसी प्रकार का कोई स्थान नहीं है। प्रकृति इमारत में होने से इसका मुख्य और जाने जाने की गति विद्यमान होती एवं इमारत की होती और "कॉलेज" को कोई प्रकृति या विद्यमान इस प्रकार में नहीं होती।

2014-12-10 10:00

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अग्नीवहसी भो विष्णु संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

STANDARD INFORMATION

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE MORBIDITY

unit at Strathallan, 2nd (Base) Troop

Varanthebanad, Bhubaneswar-5

आन्तरिक रूप से

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

Exchanged

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आचार्य रामानुजम् ।

2017