

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Work of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1989

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदन करने वाले का नाम

Santamma

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

= 76

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पति का नाम

N/A (Not Applicable)

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Alphabette

Kashmerigate (M)

Mandla

(M)

Kashmerigate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Kashmerigate



File of - post of
1989 - Santamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो तो

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

क्या आप आय कर दाखल हैं? (जो सही हो उसे 'X' चिह्नित करें)

Yes हाँ

No नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले का संबंध
1	Tajulom	43	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

☒ Bham Card (Attach Card Copy) गरीबी रेट के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे पैसे किसी का इस्तेमाल:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1	Diagnosis:- RE - cataract
2	LE - cataract
3	Surgery:- RE - cataract & pcrd

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय ग्रुप सोसायटी

- 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 पर कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं अपने आवेदन पत्र में बताया है जो मेरी जानकारी के बिना सही या सत्य नहीं है।
- (2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस राशि का दूसरे किसी भी स्रोत से वापस नहीं ले रहा हूँ, न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING THE WORK)

- 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.

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

... ..



AGREEMENT BY HOSPITAL: (PRINT OR TYPE)

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 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.

इसी अधिकांश इलाक़ों को जोर से चलाते-पुंरी को "कॉन्सिडर फ़ायरिंग" में लीजिए सावधान हेतु विचारित की गयी है, जिसे इन (इलाक़ों) में प्रकाश में आये व लीजिए करने है।

- (3) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित प्रक्रिया किसी भी प्रकार की संश्लेषण या किसी अन्य तरीके से इसका ऐतिहासिक न तो होने या तो हो भी, यदि कि इनमें "कोशिका परामर्शदाता" से निष्पत्ति/निर्णय प्रक्रिया को सम्बंध न "कोशिका परामर्शदाता" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका परामर्शदाता" द्वारा प्रस्ताव विधित (परिष्कार/संशोधन हेतु प्रस्ताव) नहीं किया जाता है तो अंततः किसी अन्य भी प्रकार की संश्लेषण या किसी अन्य संश्लेषण से संश्लेषण होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अंततः विहित प्रक्रिया इसका ऐतिहासिक हेतु किसी भी प्रकार की संश्लेषण या किसी अन्य संश्लेषण से नहीं संश्लेषणी।

2. "बॉसिका काउन्सेलर" से ही यह महामाया बीमा विधि प्रकट की है। लेने का इस्तेमाल इस की यह जगह पर बिने लगे उपकारप्रतिष्ठा का मुद्रक लेने एवं इस्तेमाल की जगह का विवरण है और "बॉसिका काउन्सेलर" इस बिनी प्रकाश का कोई प्रकाश नहीं है। इसीलिए इस्तेमाल में लेने के इस्तेमाल मुद्रक और जगह जगह की जगह बिने लेने एवं इस्तेमाल की जगह और "बॉसिका" की कोई प्रतिक्रिया या बिने लेने इस जगह में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संगीतज्ञांनी या विषय बोलले

Mr LAKSHMIPATHI N

~~Senior Manager~~

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

Home, Designation & Stamp of Authorized Signatory

(A Unit of Shri Chakrabarti Eye Care Trust)

Vasanthakumari, B. 2014-5.

Date of Surgery
 1980-1989 100%[illegible]

26/9/25

(Name of Dr. & Robin, No. with Stamp)

एकदम का नाम है मित्रता व रिश्ता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

2000 年 12 月 31 日

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: _____

2018