

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/0925/1993

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Jayamma.

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

75

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

No. Kalsigonda.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Charabpula manghe. (H)

Kalsigonda

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Kalsigonda


 Pre op - Post op
 1993 - Jayamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : पान संख्या दर्शाएं

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो प्रमाण हो उस पर तिकी का निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध
1	Kalsigonda	81	M	husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न विकल्प चुनें

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेट के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण देंगे)	☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण देंगे)	☐ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण देंगे)	☐ Any Other Seal/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किस्म का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/दवाइयों के साथ की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - Cataract
2	HE - Cataract
3	Surgery - RE - Cataract - 1st stage

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली है या नहीं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED नीचे दी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: सविनस इरा पोपनस १४

- 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 सच कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में मेरे एवं मेरी विधवा की जानकारी को सचुआ जल एवं गरी है। यदि कोई बिनाम एवं कपरा जमाना एक बात है तो मेरी आस्था फिर भी का खरटी है।
- 2) मैं यहाँ पर आस्था एहि "कौशलिक आधारित", से ही का रही है, जसका उपयोग सभी प्रकार की पूर्ति के लिए किए जाने, जो इस प्रश्न में माग एवं है।
- 3) मैं यहाँ पर सच कह रहा हूँ कि जिस आधार से मुझे यह प्रदान की गई है, उस प्रति का अधिकार का अर्थ जस्ता किसी अन्य सोसाइटी/एम्प्लॉयर/इन्शुरेन्स कंपनी से न हो सिवा है और न ही भविष्य में होगा।

ASSESSMENT by APPLICANT (attach 100 WORDS)

- 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/post-upreproduce 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की पूर्ण सलाह से एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस तरह से प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" द्वारा जारी, मुद्रित, प्रकाशित/प्रसारित करने के लिए इच्छित और प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण में इसका वह प्रयोग या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोदारों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस तरह से सहमत हूँ कि-मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि इसका वह उपयोग में प्रयोग है मुझे प्राप्त। इसका वह उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का निर्णय अधिकारी लोग।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

www.pearsoned.com.au



AGREEMENT by HOSPITAL (ATTACH TO 802)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Kishika Foundation, we (Himadri) 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 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसकी संक्षिप्त, हस्तकला की ओर से समर्थन को "कोलकाता समर्थन" से दिलिय समर्थन से संश्लेषित की जाती है, जिसे हम (हस्तकला) निम्न प्रकार से समर्थन व समर्थन करते हैं।

1. यह कि वे जो संसदन और वे ही संसदन में शामिल व्यक्तियों किसी भी आकांक्षी संसदन या किसी अन्य संसदन में उच्च पदोपस्थानों में होने या हो गई है, जैसे कि अपने "कोलिका पायनोडोर" से निवृत्ति/संस्थिति उच्च में सम्मेलन में "कोलिका पायनोडोर" द्वारा कार्य हेतु कि है। यदि "कोलिका पायनोडोर" द्वारा सम्मेलन किसी व्यक्ति/संस्थान हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो सम्मेलन किसी अन्य भी प्रकारों संसदन या किसी अन्य संसदन में सम्मेलन होने का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्मेलन द्वितीय पर उच्च पदोपस्थानों हेतु किसी भी आकांक्षी संसदन या किसी अन्य संसदन में नहीं होना/होनी।
2. "कोलिका पायनोडोर" से ही वह सम्मेलन संसदन विधि प्रवृत्ति को है। ऐसे पर सम्मेलन द्वारा ही यह स्पष्ट या किने पर सम्मेलन/प्रक्रिया का मुख्य ऐसी एवं सम्मेलन को बीच का विषय है और "कोलिका पायनोडोर" द्वारा किसी प्रकार का कोई एकत्र नहीं है। इसीलिए सम्मेलन में ऐसे में सम्मेलन मुद्रा और यहां जाने की जाती किन्तु/ऐसी ऐसी एवं सम्मेलन को होती और "कोलिका" को कोई व्यक्ति या किन्तु/ऐसी रूप प्रस्तुत में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सभीजगती को लिए संकल्पति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name Designation: A Group of Respected Signatory
A unit of Charitable Don-Don Trust)

11. THE STATE OF TEXAS, COUNTY OF DALLAS

Vasanthakumari, Aranganthoos

Date of Surgery
दिनांक को भरिये

15

26925

(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)

हस्ताक्षर का नाम व इलाका नं. पृष्ठ-२

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्वीक दल्लेस हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE:

अथवा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी इत्यादि ।