

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : 3/1085/2217

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

24/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Jareena

AGE-YEARS आयु-वर्ष

59

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/O Allabakash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kaliolasawagrow, E/I Block, VIN-HORAKOTE

Tumkur (CA) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता



He op post op
2217 - Jareena.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Dignosis Rx - Cataract Tx - Cataract
②	Surgery LE - Cataract + P. COAL

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 सी गई सहायता राशि

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 Kashika 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 अपना कर्ज हूँ कि इस प्रमाण से दिने गने सके विवरण यही जानकारी को अनुमान सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी जानकारी प्रमाण को जो सकती है।

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 प्रश्न का उत्तर इसलिए देना चाहते हैं कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ। मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ कि मैं आपका नाम, पता, फोटो और मेरे विषय में जानकारी को प्रसारित करने के लिए अधिकृत करता हूँ।

आवेक के इच्छा से आगे बढ़ा



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.

हमारे अधिकृत, इसलिये की ओर से भगवन्तरी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हमself) किम प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संग्रहण या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगिनी से लेनी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वित्तीय उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय सहायता/सहायता हेतु यन्त्रु नहीं किया जाता है तो हमself, किसी अन्य और सहायता संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमself वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगिनी हेतु किसी और सहायता संग्रहण या किसी अन्य संग्रहण से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेनी या सहायता संग्रहण वित्तीय दृष्टि की है। लेनी या हमself द्वारा ही यह सहायता या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का पुनः लेनी एवं हमself को धन्य व विवर है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिये हमself में लेनी के इलाज सुरक्ष और जाने जाने की जारी जिम्मेदारी लेनी एवं हमself को लेनी और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस दायित्व में नहीं होती।

प्राप्तिकर्ता के लिए संस्तुति

M.B.B.S., FICO, FPOS
Specialist in Adult and Pediatric
Ophthalmology

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु (Internal Use Only)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी इन्द्रका 2