

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/1025/2270

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

28/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Channabasanna

AGE-YEARS आयु-वर्ष

71

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्न्य का नाम

Siddalingaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hanasalli, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता

11

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पत्रक हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावें)

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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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 विद्ये गये विस्ती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery LE Cat + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

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

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


 PCOP- PCOP
 2270- Channabasanna

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यः

- 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 Keshika 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 कहता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन गलत पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इस बात पर सहायता यहाँ "कोशिका फाउण्डेशन", से ही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि बिना सहायता हेतु वह व्ययों की गई है, उस राशि का अधिक या समकाल विस्थापित किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न हो किया है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्जितक ३० कतु)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 fulfilment 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 जवाब इसप्रकार या उसी की प्रतिलिपि, मैं (आवेदक) अपनी प्रार्थना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भ्रातृवर्गों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" उसमें नामों, पता, साक्षात्कार करने इत्यादि में दूसरी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसका जो प्रयोग या प्रयोग के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्प्रदाय के सदस्यों में प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सम्प्रदाय का इकाई नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" उसमें उसके भ्रातृवर्गों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अपेक्षा के अनुसार ए अंग्रे का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL. (FORM 80-100)

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.

इससे अधिकतर इसल्लामी भी और से मसलमानी को "कॉमिक पायनरेशन" से किये महामता हेंदु निषकारित को करते हैं, जिसे हम (इसल्लामी) फिर प्रकाश से प्रकाश से मसीहा करते हैं।

- 1.) यह कि न तो संविधान और न ही अधिकांश विधायक सहायता किसी भी सारकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त ऐंगी-पायल में लेने या ले रहे हैं, बल्कि कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से विपरीत-विपरीत उक्त के सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा पत्र देना कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकार-संकेत हेतु प्रयुक्त नहीं किया जाता है तो अगला किसी अन्य भी सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अगला विधायक पत्र उक्त ऐंगी-पायल हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता-लेती।
2. "कोलिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता को प्राप्त करने हेतु ऐंगी या इन्वेंटरी द्वारा लेने या सहायता या किने गये उपकरण-संकेत का प्रयुक्त ऐंगी एवं इन्वेंटरी के बीच का विवाद है और "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। इसीलिए इन्वेंटरी में ऐंगी के इस्तेमाल प्रस्ताव और जाने जाने की सारी विमर्शों ऐंगी एवं इन्वेंटरी की होती और "कोलिका" को कोई अधिकार या विमर्शों इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए प्रस्तुति

Dr. PRIYATHI. B.K
M.B.B.S., D.O., FGO, FPOS
Specialist Gynaecologist and Pediatric

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

प्राप्त की जायेगी।

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

DIA **नाम** **व** **उप** **संस्थान** **अधिकार** **अधिकार**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संस्कृत-अनुवादः

आयुर्वेदिक उपचारों से शुरू करें। (Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE:

SIGNATURE of TRUSTEE 1

संयोजक

SIGNATURE of TRUSTEE 2

असमै हामको १