

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : 8125/2669.

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 25/4/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Shankaraidh.

आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष

64

SEX लिंग

M :

FATHER'S/SPOUSE'S NAME s/o Lingappa

पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

U.no. 09, A 3rd Cross, Mahanagalli, Honnavalli Hobali,
Tiptur Taluk, Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवास पता



PostOP 2669. Shankaraidh.

OCCUPATION : Coolie

उद्योग

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 24000/-

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई राजता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
य आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
①	Vidyashree	12	F	Daughter
②	Charush	10	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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) रसदानी कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic/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
	Diagnosis RE Cataract
	LK Cataract
	Surgery RE Cataract + PLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

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 करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रारंभ की गई है, उस राशि का अवशेष या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न लेंगे किया है और न ही भविष्य में लेंगे।

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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी साक्षरता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाइटेशन और उसके ग्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" एडम् ग्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाइटेशन" व ग्यासी अधिकृत है।

2) मैं (अवलोकक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि पद्यावस्था से उद्धृत होये वे प्रामाणिक हैं मुझे स्वतः स्वीकारना पड़ा है। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र उससे न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को जगतावर या जगदुते का निशान



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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अभिप्रेत, हमाराही की ओर से सम्मले/राणी को "कोशिका काउन्डर" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे ४५ (हमसल) विम्व प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कतिपय महापलात किसी भी सरकारों संस्थान या किसी अन्य स्तरों से उभर रहेगी/महापलात में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाट-टूटेशन" से सिफरिफिश/विश्वीय उभार के सम्बंध में "कोशिका फाट-टूटेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाट-टूटेशन" द्वारा महापलात विनाश अवस्था/महापलात हेतु मनुष्य नहीं किया जहां है तो अस्पष्टता किसी अन्य और सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से महापलात लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पष्टता द्वितीय मदद उभर रहेगी/महापलात हेतु किसी भी सरकारों संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका फायन्डेशन" में से तीनों सहयोग कोषों की प्रकृति की है। तैलीय व हस्तगत द्वारा दी गई सहायता या किये गये उपचार/प्रक्रिया का सुधार देगी एवं हस्तगत के बीच का विवाद है और "कोशिका फायन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में तैलीय के इस्तेमाल सुरक्षा और अपने पाने की जारी बिम्बेदारी तैलीय एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" को कोई धमिका या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संसृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

২৫/৫/১৫

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S., D.O., F.I.C.O., F.P.O.S.

Sd/- (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हस्त्या का नाम च इन्द्राय व रवि, न

Mr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Senior Manager
on behalf of Hospital)

OUTREACH BANGALORE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दृष्टिणां हनु
A unit of Shradha Eye Care Trust

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राप्तः इत्युक्तम् ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

vasanthakumari, Bangalore-52