

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0225/3778

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/2/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Beki Borach

AGE-YEARS आयु-वर्ष

25

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kokarale

Kappa (H) road (H)

naryia (G)

Karnatak

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



PK op - port op

3778 - Beki Borach

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. सॉफ्ट कॉपी 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

हां / 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 सम्बंध
①	Mr. H. J. J. J.	36	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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	Diagnosis - LF - cataract LF - cataract
②	Surgery - LF - cataract + p. l. c.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 लेई गई सहायता राशि
①	DBIS	2000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा सहमति)

2) ये (आधेक) इस बात से सहमत हैं कि गंगा नाम, पता, कोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है गुप्त रखे। सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्युमिस्टों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेखों को इसाधार या अंगुली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 또는 대표 의사)

2. "कोशिका फाटनेशन" से भी यह संभावना कोशित विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमलावर द्वारा ही गई संलग्न या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमलावर के बीच का विषय है और "कोशिका फाटनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई नुकसान नहीं है। इसीलिए हमलावर में ऐसी को इलाज शुरू और जाने जाने की पूरी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमलावर को होगी और "कोशिका" की कोई क्षति या बिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

नाम व पद इस्मिताल अधिकात अधिकारी

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MS, FRCS, FICO)
Consultant Plastic & Refractive

KMG No. 00244
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2