

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : B10325/4136

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

15/3/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shan Karegouda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/O Rasavegouda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास का पता

Abalavadi, Koppa (H) Maddur (R)

Mandya (R) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवास का पता



pic of post of

4136-Shan Karegouda

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

15000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

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 निशान 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) यदि कोई रखा है तो इसे 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 RE-Correct LE-Correct
②	Surgery RE-Correct + PCTOL

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 लौ गई सहायता राशी
①	DBCS	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.

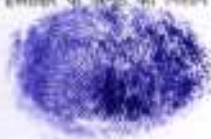
2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

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** (अभिज्ञान करणारा)

- 2) मैं (आपवादक) इस बात से सहमत हूँ कि घेरा राय, पात, फोटे और विचारण जो कि सहायता में उद्देश्यों से प्राथित है मुझे सतत; सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके ज्यमिर्दों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

2. "कोशिका फाटने" से तो यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमला करने वाला दो याँ सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई दवाव नहीं है। इसलिए हमला करने वाले रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हमला करने वाले और "कोशिका" को कोई क्षति या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminathi N

Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trus.)

16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

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

नाम व पद सम्पूर्ण अधिकृत अधिकारी

Dr. M PAVITHRA MBBS
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

KMC No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासौ हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्तक्षेत्र 2