

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 3/0423/0090 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 07/04/23

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Ammaiah AGE-YEARS उम्र-वर्ष 68 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम w/o Malaraiah



Proof 25/04/23
0090 Ammaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
Mayalandra, Saravanhalli Post, Tubenakatte
Turuvekere Taluk, Tumkur Dist, Karnataka
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 28,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : स्थायी आयकर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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
1	Malaraiah	73	M	Husband
2	Kantaraiah T. M	43	M	Son
3	Nagarathna	37	F	Daughter-in-law

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) आय 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 Rx - Cataract Lx - Cataract
2	Surgery Rx = Cataract + Prol

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 ली 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 धोखा खाता हूँ कि इस प्रकल्प में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन अलग पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहमति पत्र "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग तभी करेगा जो पूर्ण के लिये दिया जायेगा, जो इस प्रकल्प में परा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पत्र का अंतिम या सकल विस्तार किसी अन्य डॉक्युमेंट/बोया कम्पनी से न ली जाये और न ही भविष्य में ली जाये।

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 अंगुली को छाप साक्षर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका बाइंडिंग और उसके न्यायों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संविष्ट है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, वाचनाय/द्वारे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के तिरु किरी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिम् अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद से करने के लिम् "कोशिका बाइंडिंग" न न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे कब: सहायता का हवापर नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आयुर्वेदका जो इलाज है वो ठीक है का नियामन

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

हमारे अधिकृत, इलाहाबादी की ओर से समस्त/पंजी की "कोशिका परामर्शदाता" से विधिवत सहायता हेतु धिक्कारिता की जाती है, जिसे हम (इन्सुलिन) विना प्रकार से माया व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान्य और न ही अधिकृत अधिकार सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उठाए जाएगी/पाएगी या लेने से रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका काउन्सेलर" से सलाह/सिफारिश उठाए के साथ-साथ वे "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका काउन्सेलर" द्वारा सहायता विपरीत अधिकृत/अवकाश हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अवकाश किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य समन्वय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवकाश द्वितीय मदर उठाए जाएगी/पाएगी हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाईनेशन" से जीवों में अणुसंश्लेषण प्रक्रिया होती है। ऐंजीनर इनप्रोसेस द्वारा जीवों में अणुसंश्लेषण का प्रयोग ऐंजीनरों द्वारा इनप्रोसेस में जीवों का प्रयोग है और "कोशिका फाईनेशन" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभावित है। इसीलिए इनप्रोसेस में ऐंजीनरों को अणुसंश्लेषण और अणुसंश्लेषण को प्रोत्साहित और "कोशिका" को प्रोत्साहित या प्रोत्साहित इस प्रक्रिया में प्रोत्साहित है।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/04/2023

Dr. Laxmi Dorennavar

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

Consumption of water and electricity is

Mr. Lakshmi Prasad N.
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
Institute for Health Care
for Deaf & Hearing Impaired)

Institute for Rehabilitation Services, Care
and Support, University of California, Los Angeles

[NIRX ASW Website](#) [ASW Call 440 040](#)
[ASW Email](#) [ASW Facebook](#) [ASW Twitter](#)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इस्लाम १

SIGNATURE of TRUSTEE 2

स्वामी हनुमन्त २