

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.: आवेदन संख्या : <b>B1 0623 / 0350</b>		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : <b>03/06/2023</b>		 <b>Koshika</b> <b>foundation</b> <i>Building block of life.</i>	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : <b>NANJAMMA</b>		AGE-YEARS वय-वर्ष : <b>60 yrs</b>	SEX लिंग : <b>F</b>		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कपुत का नाम : <b>w/o late Nanjappa</b>		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : बासमान स्थायी पाल : <b>Kallanakere, Binnanahalli post, Kadaba Hobli, Tumkur Taluk, Tumkur District, Karnataka</b>		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : नियमित स्थायी पाल : <b>- Same as above -</b>	
OCCUPATION : अपनाया जाने वाला काम : <b>Home-Maker</b>		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : <input checked="" type="checkbox"/> नहीं / नहीं		PREOP Post op 0350 Namjamma	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : <b>₹1,000/-</b>		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष दस्तावेज़)			
PAN No. स्पष्टीकृत संख्या : _____					
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जब जप जाप कर रहा है (जो मान्य हो उस पास मर्ही का निश्चय लिया है): <input checked="" type="checkbox"/> 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.	Shivakumar	43 yrs	M	Son	
2.	Hennamma	28 yrs	F	Daughter-in-Law	
3.	Mudalagiri	15 yrs	M	Grand Son	
4.	Prakash	09 yrs	M	Grand Son	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवरित आवृत्ति					
BPL Card (Attach Card Copy) परीक्षी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificates (Attach Certificate Copy) जल्द जाप करी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) ठप्पेकरा जारी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष		
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डिक्टर से जारी की गई ड्रिविंग सूची संलग्न				
1.	Diagnosis : <b>RE - PCOL LE - Cataract</b>				
2.	Surgery : <b>LE - cataract + PCOL</b>				
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 सी गई सहायता राशि			
1.	DRCS	₹1,000/-			

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लाईकेंट द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 घोषणा करता हूं कि इस आवेदन से दिये गये सूची विवरण में सहायता के अनुसार सभी एवं गयी है; यदि कोई विवरण ऐसे कारण सहायता प्राप्त करता है तो मेरी सहायता निम्न की जगह भी है।
- 2) मैं द्वारा यो सहायता गयी "कोशिका चालान्डेशन", मेरी जारी होती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की तृप्ति के लिये विद्या लालना, जो इस प्रकार में दिया गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विद्या सहायता हेतु यह ज्ञानका की नहीं है, उस दृष्टि के अन्वेषक या सकल विद्या किसी अन्य भौतिकीयका कम्पनी से न के लिया है और न ही भविष्य में है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** अप्लाईकेंट द्वारा कराया

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 प्रति या अपने हस्ताक्षर का लिये को छार सकता, मैं (अप्लाईकेंट) अपनी सहायता की तृप्ति करता हूं कि "कोशिका चालान्डेशन और उसके न्यासों" को अधिकृत साकार है कि ये यह चर्चा, फोटो और यो विवरण इस उपर ने घोषित है, उसे "कोशिका" एवं न्यासी, दूष, वाचनाया द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी उत्तर सम्बन्ध में प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रति या विवरण में इकाई के बाहर से करने के लिए "कोशिका चालान्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लाईकेंट) इस चार से सहायता है कि ये यह चर्चा, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है युक्त सहायता का इकाई नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके न्यासों यो लिंगय अविभाग और वाचनाया होता।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अप्लाईकेंट के हस्ताक्षर का लिया

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हस्पताल द्वारा कराया)

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, हस्ताक्षर की जौ ने सहायता की ओर "कोशिका चालान्डेशन" से विवरण सहायता हेतु विवरण की गयी है, विद्या हाय (हस्पताल) विद्या प्रकार से यह या स्थिका करते हैं।

- 1) यह कि न को सहायता दीजे न हो भविष्य में विवरण सहायता विद्या गैर सहायता संस्थान या विद्या अन्य स्रोत से उक्त एवं विवरण से न हो जौ ने कि "कोशिका चालान्डेशन" से विवरण/विवित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा याचिका विवरण अतिरिक्त/साकाल हेतु बन्दू बन्दू वाली विवरण किसी अन्य गैर सहायता संस्थान या विद्या अन्य सामाजिक सेवे का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस तृप्ति में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यान्य द्वितीय सदर इकाई एवं विवरण से नहीं संबंधित है।

- 2) "कोशिका चालान्डेशन" से जौ गई सहायता योग्यता विवरण प्रदृष्टि की है। एवं या इसका द्वारा यो गई सहायता का युग्मता हेतु ऐसे हस्पताल के द्वारा यो विवरण है जौ "कोशिका चालान्डेशन" द्वारा विद्या गैर सहायता का कोई एवं गया नहीं है। इसलिये हस्पताल में यो जौ की इकाई योग्यता और जौने जौ की सही विवरण की यो एवं हस्पताल की होगी जौ "कोशिका" को योई युग्मता यो विवरण हेतु योग्यता ने यही होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्कृति*lakshmi pati*

Date of Surgery अंगीरसन की तारीख <i>26/06/2022</i>	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS, MS, FPRS, FICO Chennai Dr & Regd No: with State of active दाक्तर लक्ष्मी डोरेनवार नं 50244	Mr. Lakshmi pati N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory Institute on behalf of Hospital Care (A unit of Shri Jayalakshmi Devi Hospital Trust.) 5, 1st floor, Jayalakshmi Road, Miller Town, Bed Area
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अनांक उपचय है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यासी द्वारा ।*S. Sengar*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी द्वारा ।

*S. Sengar*