

Hebburne

# APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No.: N/0822/0802

APPLICATION DATE: 4/9/22

NAME of APPLICANT: Kittappa

AGE-YEARS 81 SEX M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: s/o Munishkarni

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

purnamahalli hebburne mutabagal to Kolar district  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

Same as above.



pre op  
0802

post op  
Kittappa

OCCUPATION: unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

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

PAN No. सवाई खरन प्रमाण

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

Yes / No  
हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवरण आधा

|                                                                                                             |                                                                                                                  |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EVs Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आप आप सगे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किसे गये निम्नलिखित का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis.<br>RE - Cataract<br>LE - Cataract.                                                |
| 2                      | Surgery<br>LE - Cataract + PKIOL                                                             |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>एवं गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1                      | DBCS                                      | 2,000/-                                                  |

## DECLARATION by APPLICANT: I/WE HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION FURNISHED IS TRUE AND CORRECT.

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 Kosinka 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.

23. जो लोग जो भारतीय शक्ति 'अधिकांश भारतीयों' को जोड़ते हैं, वे भारतीयों को जोड़ते हैं।

23. ये प्रतिपादित हैं कि बिना समझते ही वह व्यक्ति जो कोई भी करता है, वह व्यक्ति ही है।

1. ये युधि बताते हैं कि जिस संस्कृत शीघ्र पर प्रथम की गई है, उस-साहि का अर्थिक या धार्मिक हिस्सा किसी अन्य को-विद्यार्थी/विद्यार्थी का नहीं है और न ही अर्थिक या धार्मिक।

**AGREEMENT by APPLICANT** (अभिप्रेत करी के सहमति)

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/post-up/produce 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 fulfillment 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 का उत्तर हमेशा या अंग्रेजी की भाषा माध्यम से (आवश्यक) अपनी समझी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका पाठ्यक्रम और प्रश्न-पत्रिकाओं" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, इसे "कोशिका" सम्पूर्ण पत्रिका, दान, वाचक/सदस्य द्वारा प्रेषित के तुरन्त प्रकाशित और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विचार मेरे ज्ञान के प्रसार से लाभ से करने के लिए "कोशिका पाठ्यक्रम" के पत्रिका अधिकृत है।

2) वी (अर्थिक) इस बात से सहमत हैं कि मेरा नाम, उम्र, पते और विवरण से कि सहयोग के उद्देश्यों में शामिल है मुझे पता; सहयोग का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का विधान अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा वारंट)

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 it's 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 source. This

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.

1.) यह कि न तो बर्खास्त और न ही बर्खास्त हो शक्ति प्राप्त करने वाली कोई संस्था है।

ये विचारणीय-विषयों उक्त की समझ में “कोशिका फायन्टेज” हुए मरने हेतु है कि। यदि “कोशिका फायन्टेज” हुए प्रभावित किसी अतिरिक्तकाल हेतु मरने नहीं किया जाता है तो असमर्थता किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य समाधान में सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि असमर्थता द्वितीय चरण उक्त ऐसी-घातों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य आधार में नहीं होगा/लेगी।

2. "कॉलेज का फायदा" से जो नई मायाया जगत बिलीन प्रकृति की है। सोते या इमरतान द्वारा ही नई मरतन या किये गये उपकार/प्रक्रिया का सुपन सोती एवं इमरतान को जगत का विषय है और "कॉलेज का फायदा" से जो नई मायाया जगत बिलीन प्रकृति की है। सोते या इमरतान द्वारा ही नई मरतन या किये गये उपकार/प्रक्रिया का सुपन सोती एवं इमरतान

को कोटो और "कोशिका" को कोटो बुझिक या सिमेटरी इम यामनो प कोटो होतो।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

4/8/22

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

Mr. Lakshmi N  
Manager Outreach

(Name) Designation & Stamp of Authorized Signatory  
(A unit of Behavioral Health Trust)

# 1674, Thermophilic Bacteria, *Thermobaculum* sp.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायनी इत्युक्ते ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायोपपत्ति २

Exempel

2020