

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building block of life

APPLICATION No : 11/0822/0830

APPLICATION DATE : 5/8/22

NAME of APPLICANT : Chikkaiah

AGE-YEARS मातृ-वर्ष 60

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/o Kuri Daddaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Daddabesamakele jodaye post Turuvekere to  
Tumkur district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



POF of 0830 Post of Chikkaiah

OCCUPATION : Loolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 28,000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. स्थाई आयकर संख्या

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

Yes / हाँ / No / 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 संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |
|                        |                                                   |                            |                |                                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिये विवक्षित आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                           |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता 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 विनयी का उद्देश्य:

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

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>की गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | DBCS                                      | 2,000/-                                                 |

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 शोकाग्र कहता हूँ कि इस प्रश्नचर्चा में सिर्फ़ एवं मर्यादा विचारण में ही आपसी को अनुसंधान करने एवं नहीं है। यदि कोई विचारण एक ब्रह्मण अन्तर्गत पाया जाता है तो मेरी मायावा मित्रता की जा सकती है।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) (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 Krishna Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस दृष्टि पर अपने प्रस्ताव का अंशों को ध्यान रखकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को बुद्ध करता हूँ एवं "कोशिका" काउंटरेशन और उसके न्यायीयों " का अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस दृष्टि में प्रेषित है, उसे "कोशिका" समूह न्यायी, राज, याचका/या करने उद्देश्य से मुझे लक्षितियों और उपलब्धियों को निर्दिष्ट विचारों को प्रसारित करने को लिए अधिभूत है; मेरे दृष्टि का विवरण मेरे उपराज को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका-काउंटरेशन" व न्यायी अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभारत के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे तथा, याचका का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह न्यायी न्यायियों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्षणी होगा।

आर्चक: श्री हनुमान का अंगुलि का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकतर, इस्लामी की ओर से भागने/पानी की "कोलिका" पाए जाते हैं। ये बिलिबि मलायाला होटल विकसित की जाती है, जिसे हम (हमला) गिन प्रकार से पान्य व मरीका करते हैं।

- 1) यह कि न तो रॉयल और न ही अधिकांश में विविध सहायता किसी एक सरकारी संस्थापन या किसी अन्य शक्ति से प्राप्त होती-चाहे ये होने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" में निवेशित/विपत्ति प्राप्त की सम्पत्ति में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विपत्ति अधिकांश/सहाय हेतु मन्द्य नहीं किया जाता है तो सम्पत्ति किसी अन्य एक सरकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्पत्ति विपत्ति मंदर एक होती-चाहे हेतु किसी एक सरकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता-लेती।
2. "कॉलिका फाउन्डेशन" में ले गई सहायता संभव विविध प्रकृति की है। होती या सम्पत्ति द्वारा ले गई सहायता या किसी एक संस्था/प्रक्रिया का सुचारु होती एवं सम्पत्ति के बीच का विषय है और "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए सम्पत्ति में होती की सम्पत्ति सुचारु और अपने जाने की सारी विधेयों होती एवं सम्पत्ति की होती और "कॉलिका" को कोई सुविधा या विधेयों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संलग्न

5/8/22

Dr. Nagesh B N  
Consultant, Medical Superintendent,  
Cornea, Cataract & Refractive Surgery  
(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp) —  
KMC, Manipal  
KMC, Manipal

Mr. Lakshminpathi N

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 \_\_\_\_\_

Erklärung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

John