

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0823/0867

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

17/8/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kempamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

L/o flunchaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता

 Tarikere Haddur taluk Mandya

Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवास पता

Same as above

OCCUPATION :

उद्योग

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई 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 लगाएं)

Yes / No

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे 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 Cataract LE Cataract
2)	Surgery LE Cataract + PRNL

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 लगी गई सहायता राशि
1)	NBCS	2000/-


 pre op post op
0867 kempamma

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 (attach DFE WFO)

1) इस तरह का अपने-अपना या जंगी की बात समझा, मैं (आवेदक) अपने स्वामी की पूर्ण वश हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसमें शामिलों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस तरह में पोषित है, इसे "कोशिका" एपम् नामी। तब, कसबाय दूसरे उद्देश्य में मुझे गतिविधियों और उपस्थितियों में लिये किसी भी प्रकार सम्मेलन में प्रेषित करने में लिए अधिकृत है। मेरे तरह का विवरण जो इसका सं पड़ने या बाद में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" में नामी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सम्मेलन में उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे स्वतः सम्मेलन का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एपम् उनके अधिकारों का विशेष अधिकार और सम्पत्ती होगा।

AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 37E-103E)

2. "कौशिक कागजोरान" से ली गई कक्षागत कंपन विधि प्रकृति की है; ऐसी या अन्यथा प्राप्त की गई कक्षा या विधि एवं उपचार/प्रक्रिया का सुचारु तरीके पर सम्पन्न के बीच का विषय है और "कौशिक कागजोरान" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए सम्पन्न में ऐसी के द्वारा सुचारु और जाने जाने की सभी विधेयों/तरीकों पर सम्पन्न की होगी और "कौशिक" को कोई भूमिका या विधेय/तरीका प्राप्त करने में नहीं होगी।

इन्हीं कार्यों के लिए संस्तुति

Mr. Lakshminipathi N
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A unit of Government of India)
संयोजक, आउटरीच प्रोग्राम, अरुणाचल प्रदेश शासन

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायमौल्यः वास्तविकः ।

न्यायी हस्ताक्षर 2

15-06-2023