

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)		
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare)		
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0725/1081		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 9/08/25		
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Sankar gowda		AGE-YEARS आयु-वर्ष 63	SEX लिंग M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम S/o made gowda				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Kottatti hebli mandya taluk				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता Taggaballi mandya Thaggaballi Kottatti				
OCCUPATION : व्यवसाय Coolip				
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 23,000/-		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)		
PAN No. स्थायी खाता संख्या				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं):				
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	manoj Kumar TS	29	M	Son
2	Menikas	28	F	Daughter
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार				
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) व्ययभोजन कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य				
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे गये विनती का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis BE cataract LE cataract			
2	Surgery BE cataract + ARSOL			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 सी गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		



pre op postop
1081 Sankar gowda

DECLARATION by APPLICANT: ज्ञातव्य है कि मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि मैं

- 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 यहाँ पर कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "उद्देश्य" के लिए का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य प्रोत्तरेन्द्रोत्पन्नकारी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and return)

- 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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" वलय न्यासी, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से कुछी तीर्थविधिओं और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निष्पत्ति मेरे इच्छा के पक्ष या बाध के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि महात्मा के उद्देश्यों में प्रसारित है मुझे स्वतः, सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" वलय उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सावेदक की हस्ताक्षर या अंगरी का निधान



AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER HOSPITAL NAME)

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 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.

हमारे अधिकांश, हमलाहारी को और से समस्त-रंगी को "कॉलेज का डबेरा" से चिह्नित कहा जाता है। विभिन्न विभागों को ज्ञात है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संस्थान और न ही अधिकांश में विद्यमान छात्रावास किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्कूल या उच्च शैक्षणिक संस्थान में होने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपरीत/किसी उच्च की संस्था में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद होना कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा छात्रावास विरहित अधिकांशकाल सेटु प्रमुख नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकांश सुनिश्चित रखता है। इस सुविधा में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उच्च शैक्षणिक संस्थान सेटु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेती गई सहायता कोसल विविध प्रकृति की है। शरीर या अस्पताल द्वारा दो गई सहायता या किसी गरीब उपचार/प्रक्रिया का शुल्क शरीर एवं अस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए अस्पताल में लेने के द्वारा शुल्क और देने देने की सारी जिम्मेदारी शरीर एवं अस्पताल की होती और "कोशिका" की कोई सहायता या जिम्मेदारी इस सवाल में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
 ११/०१/२०२०

अपराधों की जांच के लिए,
अपराधों की जांच के लिए,

Dr. M. PAVITHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Eye Hospital & Eye Research Institute
(A unit of Sri Aditya Eye Care Trust)

No: LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
OUTREACH BANGLORE
DIABETES EDUCATION

SIGNATURE of TRUSTEE

॥ श्रीगणेशाय नमः ॥

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सामग्री का उपयोग