

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.:

BLO82411087

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि: 10/12/24

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम:

saithramma

AGE-YEARS

वयः-वर्ष

SEX

लिंग

65 F

FATHER'S/HUSBAND'S NAME:

पिता/मंडप का नाम:

N/o mahadeviah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थानांशु पत्र

H no 34 madihalli keshadablu Tiptur  
Taluk Tumkur District. Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थानांशु पत्र

Post DP Post op  
1087 saithramma

OCCUPATION:

खेळाड़ी

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कृषि जारीक ज्ञाय

(Attach Proof of Income)

PAN No. स्थाई संख्या नंदेश

(ज्ञाय का सहज संलग्न)

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

जो ज्ञाय कर रहा है (जो ज्ञाय ही उस पर सही का लिखने रहा है):

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No.	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के स्थृत सम्बन्ध
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विकल्प आधार:

BPL Card  
(Attach Card Copy)गरीबी संकट में जीवन पत्र  
(प्रमाण पत्र को सही भूमिका करें)EWS Certificate  
(Attach Certificate Copy)अल्प अवृद्धि वर्ग पत्र  
(प्रमाण पत्र को सही भूमिका करें)Ration Card  
(Attach Copy)उत्तराखण्ड कार्ड  
(प्रमाण पत्र को सही भूमिका करें)Any Other  
Basis/Proof

अन्य कोई साक्षण

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गए विकल्प का उद्देश्य:

Sr. No.  
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/दॉक्टर से आई वाले गई इलाजित कर्त्ता संलग्न

DIAGNOSIS

RC cataract

AC cataract

Symptom: AC Cataract

## ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

उद्देश्य के हेतु कोई 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 AVALIED

ली गई सहायता राशि

DB CS

2000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अप्लिकेटर का 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.
- 4) मैं योक्ता करता हूं कि इस प्रकाश में दिये गये सभी विवरण भी जासूखा के अनुसार सच्च एवं सही हैं। परं कोई विवरण एवं व्यक्ति आवश्यक नहीं है तो उसे बहापड़ा निराम की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता ग्रही "कोशिका फाउंडेशन", वे ही जो थी है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकाश में दिया गया है।
- 6) मैं पूर्ण करता हूं कि नियम सहायता देने वाले व्यक्ति की गई है, उस गौतम का वार्तालालय सहायता की विवरण किसी अन्य स्रोत/निवेदिका/लोगों की सम्झौती में न तो दिया है वही न ही भविष्य में दृढ़ा।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अप्लिकेटर का कारण)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/pul-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.
- 3) इस प्रकाश का अपने हास्ताक्षर या अंगूठे की द्वारा सहायता, मैं (अप्लिकेटर) आवासी सहायता की पूर्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" जो अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, पता, जाति और सभी विवरण इस प्रकाश में प्रकाशित है, जो "कोशिका" एवं नामों, दान, याचनकाम इत्यादि उद्देश्य में नुस्खी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये कियो गए प्रशार याचनम् में प्रसारित करने के लिये अनिवार्य है। मेरे इनके के लिये इसका को जाति या नाम में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" जो नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (अप्लिकेटर) इस कारण में सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, जाति और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रकाशित है युक्त नाम, सहायता का उपचार जीवी बचाव। इस प्रकाश में "कोशिका" एवं उसके नामियों का विवरण अंतिम और बाधावाही दृष्टि।

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

अप्लिकेटर के हास्ताक्षर या अंगूठे का विवरण

**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हास्पातल द्वारा कारण)

By affixing herunder, 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.

इसी अधिकृत, हास्पातल की गई से याचनों/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु विकासित की जाती है, जिसे हम (हास्पातल) नियम प्रकाश में दिया व नीतिकार करते हैं।

- 1) यह कि व ही संस्थाएँ और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता दियी जाने वाली संस्थाएँ या विद्युतीय भूमि वाली संस्थाएँ या ऐसी या लें जो है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विकासित/विद्युतीय उपकरण के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा भवत दृढ़ा कि है। परं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियने वाली अन्य संस्थाएँ या विद्युतीय भूमि वाली संस्थाएँ से याचनाएँ लेने का अधिकार सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण ये उपकरण करता जाता है कि याचनाएँ दियी गयी या उपकरण से नहीं लेनी दृढ़ा।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लेने वाले सहायता वित्तीय प्रक्रिया की है। योगी या हास्पातल द्वारा या जिसी नयी उपकरण/विद्युतीय या युक्त योगी एवं हास्पातल के नीति का विवर है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा कियी प्रक्रिया का कोई रखने वाली है। इसलिये हास्पातल ये लेने के इतना युक्त और लेने जाने की जारी विधियाँ दी जाएं हास्पातल की होंगी और "कोशिका" की कोई भविष्यता या विवेद्याँ इस सम्बन्ध में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्कृति

**Mr. Lakshmi Pathi N**  
Manager - Eye Care

President for L... Eye Care  
(A unit of Shrawan Eye Care Trust.)  
# 15/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हास्पातल अधिकृत अधिकारी

**Dr. Laxmi Doreanna:**  
**MBBS, MS, FPRS, FICO**  
**(Institute Of Eye Research & Refract.**  
**KMC No. 90244**

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्राज उपयोग हेतु

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नाम हस्ताक्षर 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

नाम हस्ताक्षर 2