

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/0725/1099		APPLICATION DATE: आवेदन तिथी 10/1/25			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Brownamma		AGE-YEARS माप-वर्ष 74	SEX लिंग F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम w/o pasappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता 509000 Nonamahalapur Hobli Taluk taluk - jankar District Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासस्थान पता					
OCCUPATION: व्यवसाय unemployed	MARRIED (विधिविहित) / UNMARRIED (अविधिवित)				
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)				
PAN No. स्पष्ट खाल छोड़ें					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आम आय कर दाता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बंध	
1	Basavaraju	43	M	Son	
2	Anitha	18	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैशियन कार्ड के नौसे 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) उपावेशन 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	DIALYSIS :- RT-Cutback RT-Cutback				
	Surgery :- RT-cut + PCTOL				
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 ली गई सहायता राशी	
1	DBCS			2000/-	

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 सोचना करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण घेरी जानकारी से अनुमान रख्य सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापात्र निम्न की जा सकती है।
- 2) मेरी छुट्टी को महापात्र राशि "कोशिका काठान्दोलन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में पाया गया है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि जिस महापात्र हेतु यह प्रश्नपत्र की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/विद्यार्थी/कर्मचारी/कर्मन्त्री से न लीया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 पर अपने हस्तक्षेप या जवाब को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी प्रार्थना की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कारागारों और उसके ग्वासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एचमू. ग्वासी, एम. गार्कन/या दूसरे इन्टरनेट से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को होने किन्तु भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। मैं इस का विचारण से इन्तज को पहले या बाद से करने को लिए "कोशिका कारागारों" व ग्वासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि महाभारत को इन्टरनेट से प्रसारित है मुझे स्वतः, अज्ञातता का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एचमू उसके ग्वासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 अधीकृत, हस्ताक्षरी की ओर से मायसे/एरी को “कोशिका फायनडेशन” से विनिमय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिनमें हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से धन्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य श्रेणी से उक्त रंगी/पामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोलिका फाउन्डेशन" से निरपेक्ष/विकल्पित उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मयद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/सकल हेतु मन्त्रु यदि किंच ज्ञात है तो अवगतान किसी अन्य भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अवगतान द्वितीय मयद उक्त रंगी/पामले हेतु किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाटने" से भी यह संभावना कम हो सकती है। ऐसी या अन्यथा इस दो नई अवस्था या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं अन्यथा के बीच का विषय है और "कोशिका फाटने" द्वारा किसी प्रकार का कोई रचना नहीं है। इसलिए अन्यथा से ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सही विनियमों ऐसी एवं अन्यथा की होती और "कोशिका" की कोई भविष्य या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

अपेक्षाओं की समीक्षा

Ans

Dr. M. PAVITHRA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Saradamba Eye Care Trust)

Mr LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

CLUBBEACH BANGMORRE

CO THRESHOLD 0.000000
COEFFICIENTS OF THE ESTIMATED HYPOTHESIS

Vasantha FOR THE SANGHVI KOSHIKA FOUNDATION
KMC No. 91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1

આથી કાનૂનીય રીતે

Unit of Shriaddha Eye Care Trust)

Was SIGNATURE of TRUSTED?

आपकी प्रतिक्रिया