

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0725/1110

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/7/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Anthony Francis D

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o A.K. Dal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Yasandahalli Sigani Bangalore

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

-11-



pre op postop

1110 - Anthony Francis D

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. स्थाई 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 लगावे)

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
①	Sudhamani	40	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Copy) गरीबी रेशा 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) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"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 RE cataract + PCICL

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.

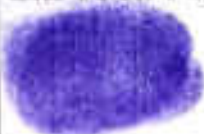
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी महापाठ निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा की महापाठ राशि "कोशिका फाउन्डेशन", में ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मी खेरेष की पूर्ति के लिये किया जावेग, जो इस प्रश्नपत्र में धरा गया है।
- 3) मैं पुनः करता हूँ कि किस महापाठ हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अवशेष या बचत किसी किसी अन्य छात्र/परोपकार/वीर्य कर्मरों में न हो लिया है और न ही भविष्य में लीव।

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 उत्तरों या जवाबों को साफ सफाई, में (आवेदक) अपनी संस्था की मुद्रि कराई है एवं "कोशिका कारागारों और उनके न्यायियों" को अधिभूत कराई है कि वेग नाम, पता, जेलों और जो विवरण इस प्रश्न में पेशित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायो, दार, माधन्याय दूरी वर्द्धन में जुड़ी पेशितियों और प्रपत्तियों को लिये किसी भी प्रकार सम्बन्ध से प्रवर्धित करने की निम्न अधिभूत है। वेग प्रश्न का विवरण में उत्तर को पहले या बाद में करने की निम्न "कोशिका कारागारों" में न्यायो अधिभूत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वेग नाम, पता, जेलों और विवरण को कि संस्था के वर्द्धन में प्रवर्धित है पूर्ण उत्तर: संस्था का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आपके बच्चे को देखभाल करने में मदद करने के लिए हमारे पास एक विशेषज्ञ टीम है।



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 अधिष्ठाता, हनुमान जी और मेरे गुरुदेवों की "कौशिक ध्यातृशाला" में विविध महापुरुषों की स्मृति है, जिसे हम (हमेशा) विद्वानों से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो कोषागार और न ही अधिकांश में विहित सहायता किसी भी साक्षरी संस्थान या किसी अन्य कक्षों से उक्त लेवी/भारतों में लेने या ले रही है, बल्कि कि हमने "कोषिका काउन्टडाउन" से मिनिस्ट्री/बिजली उक्त से सम्बंध में "कोषिका काउन्टडाउन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोषिका काउन्टडाउन" द्वारा सहायता निर्गति अधिकांश/सकल हेतु समझा नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस बुद्धि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त लेवी/भारतों हेतु किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका कायान्दोलन" से तात्पर्य सहायक कोशक विविध प्रक्रिया को है। ऐंगी या इन्सपलत द्वारा दी गई सहायक या विविध गति उपका/प्रक्रिया का चुनाव ऐंगी एवं इन्सपलत के बीच का विषय है और "कोशिका कायान्दोलन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई चुनाव नहीं है। इसलिए इन्सपलत में ऐंगी के इलाज सुका और आगे जाने की मरी विन्नेपरी ऐंगी एवं इन्सपलत की होगी और "कोशिका" की कोई प्रक्रिया या विन्नेपरी इन मामलों में नहीं होगी।

DR. M. SATHYANARAYANA MBBS

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संस्कृत के लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

(F unit of Shradha Bhawan of Hospital)
Vasanthanagar, Bangalore - 56

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तीक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 4

न्यासी इन्द्रधनुः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायौ इत्यत्र ॥

Exempel

Rich