

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

## (Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभल)

APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

13/0824/1129

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

8/8/27

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Nagaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष

44

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पिता/स्त्री का नाम

Kenchappa

Grandfather, PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बर्तमान जागहांचे पता  
Tadkaglur, Sirsa Taluk  
Tumkur District  
KarnatakaPermanent RESIDENCE ADDRESS: स्वास्थ्य आवासांचे पता  
Grandfather, Tadkaglur Sirsa Taluk  
Tumkur District  
KarnatakaOCCUPATION:  
जड़वापाचा

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (विवाहित नाही)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कृषि वार्षिक आय

₹1000/-

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष लेण्डन)

AN No.: स्पाई नंबर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर रुका है? (जो नाम हो उस पास मही का निश्चय लागते)

Yes / No

हाँ / नाही

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य 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 विनाशी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) <input checked="" type="checkbox"/>	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अप्पा अपा यांचे प्राप्त यांत्रिक (प्राप्त यांत्रिक को आपा यांत्रिक संलग्न करो)	Ration Card (Attach Copy) उपायोक्ता कार्ड (प्राप्त यांत्रिक को आपा यांत्रिक संलग्न करो)	Any Other Basis/Proof अप्पा कोई साक्ष
ग्रामीण रेखा के नीचे प्राप्त यांत्रिक (प्राप्त यांत्रिक को आपा यांत्रिक संलग्न करो)	अप्पा अपा यांचे प्राप्त यांत्रिक (प्राप्त यांत्रिक को आपा यांत्रिक संलग्न करो)		

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनाशी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई आवेदन सूची संलग्न	
1)	Diagnosis ई = External E = External	
2)	Surgery 1. Gastroenterology 2. Orthopaedics 3. ENT 4. Neurology 5. Endocrinology 6. Cardiology	

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

इस 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 AWAILED ली गई सहायता राशी
3)	DRCS	2000/-

**Koshika**  
foundation  
Building block of life



**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा संक्षिप्त यथा:

- 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 आवेदक काला हूँ कि इस प्रकार मेरे नाम सभी विवरण यही जाकराही के अनुच्छेद माल एवं सही है। परं कोई विवरण ऐसे कामन आवाहन याच जाता है तो मेरी जानकारी निराकार की जा सकती है।
  - 2) मेरे द्वारा जाहाज याची "कोशिका फाइब्रोलैन", जो तीव्र जा सकती है, उपकार उपकार याची उपकार को पूर्ण के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकार मैं भय गया है।
  - 3) मेरे पूर्ण काला हूँ कि विवरण सहायता हेतु यह जाकराही की गई है, उस गारी का अधिकार या जाकराही का जाकराही से न ले लिया है और न ही भविष्य में है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवेदक द्वारा काला)**

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार मेरा जाकराहा या जाकराही की जाकराहा, मैं (अवेदक) अपनी सहायता को पूर्ण करता हूँ एवं "कोशिका फाइब्रोलैन" और उपकार जाकराही को अधिकृत करता हूँ कि मेरा यथा, जाकराही और जाकराही की विवरण इस प्रकार में खोला है, उसे "कोशिका" एवं जाकराही, जाकराहा, याच, याचनापात्र दूसरे उपकार से जुड़ी विविधियों और उपकारियों के लिये किसी भी प्रसार जाहाज में प्रकारित करते हों लिए अधिकृत हैं। मेरे प्राप्त या विवरण में इनका को प्राप्त न होने की लिए, "कोशिका फाइब्रोलैन" न नहीं अधिकृत है।
  - 2) मैं (अवेदक) इस बाब में सहायता हेतु कि मेरा नाम, जाकराहा, जाकराही और विवरण यह कि जाहाज की उपकारी से जुड़ी होनी सही है नहीं जाहाज का इकाया नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उपकार जाकराही या जाकराही जाकराही होती है।

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

जाकराहा के उपकार के लिये किया गया जाकराहा

**AGREEMENT by HOSPITAL (हास्पातल द्वारा काला)**

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.

इसके अधिकृत, इसकी को अंदर से याकराही की "कोशिका फाइब्रोलैन" में विविध जाहाज हेतु विवरण यही जाती है, जिसे इस (हास्पातल) जिन प्रकार से याकर व स्वीकृत करते हैं।

- 1) यह कि न को कोशिका या जाकराही की विविध जाहाज विवरण यही जाकराही या जाकराहा से उक्त योग्यपात्रों में जोही या नहीं हो है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाइब्रोलैन" में विविधियों वाले के सम्बन्ध में "कोशिका फाइब्रोलैन" द्वारा प्रदर्शित होता है। यदि "कोशिका फाइब्रोलैन" द्वारा जाहाज विवरण अधिकृत याकराहा हेतु याकराहा नहीं जाकराहा है तो अस्पताल विवरण अधिकृत या याकराही जाकराही या जाकराही अन्य सम्बन्ध में जाहाज लेने का अधिकृत याकराहा है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय याकराहा उपकार योग्यपात्रों हेतु विवरण यही जाकराही संस्था या जिसी अन्य सम्बन्ध में नहीं होती।

- 2) "कोशिका फाइब्रोलैन" में सौ गई जाहाज कीवत विविध इकृती की है। योही जाहाज इसका द्वारा दी गई जाहाज या विवरण याकराहा/प्रक्रिया या चुनौत ऐसी एवं हास्पातल के बीच का विवर है और "कोशिका फाइब्रोलैन" द्वारा किसी उपकार का कोई दावा नहीं है। इसमें इसका मैं एवं उक्त योग्यपात्रों की जाकराही जाकराही या जाकराही होती है।

*Mr. Lakshmi Pathi*

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिये संस्कृति

Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

\* 16/M, Thimmalah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

on behalf of Hospital)

नम न पर हास्पातल अधिकृत अधिकारी

नम न पर हास्पातल अधिकृत अधिकारी

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
**MSc, MS, FPRS, FICO**  
**•••••stant - Phaco & Refractive**  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम या हास्पातल का नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

जाकराहा उपकार है।

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हास्पातल 1

*S. S. S. S. S.*

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हास्पातल 2

*L. P.*