


APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0824/1154		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 13/8/24			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Nagamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष 70			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम w/o channagalligowda		SEX लिंग F			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Mondipur, Prandiyet taluk, Channa -ray nagar district		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता 1154 Nagamma			
OCCUPATION: व्यवसाय Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. क्याई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)		Yes / No हां / 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	Chikkakattayamma	354	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विधि आधार					
BPL Card (Attach Card 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) उपभोक्ता 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 आस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणपत्र सूची संलग्न				
1	Diagnosis: RE catanad N- catanad				
Surgery: RE catanad					
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि		
1	NBS		2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 सोचता हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी को अनुसार प्राप्त एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति राशि "कोशिका काउन्टर" में ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण की जिनके बिना आवश्यक, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं सुनिश्चित करता हूँ कि बिना सहमति हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का व्यक्ति या संस्था बिना किसी अन्य इंटरमिडियेट/बोर्ड/कमिटी से पता चला है और यही भविष्य में लूट।

## AGREEMENT by APPLICANT (attach DO NOT)

- 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 उत्तरने इसकाया या अंगरेजी की छात्र लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका कार्डिओल और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोचित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायोचित, दान, वाचनाय दूसरे उद्देश्य में कुछी प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार वाचनाय से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण जो इलाय को पहलें या बाद में करने के लिए "कोशिका कार्डिओल" व न्यायोचित अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का इकाया नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायोचित का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे अधिकतर, हमलावरों की ओर से सामने/पेछी को "कोशिका काउन्टरपैस" से विशेष स्थापना हो। मिमेटिज की जालें हैं, जिसे हम (हमलावर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंटी-थ्रॉटल में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोलिका फाउन्डेशन" से निगरानि/निर्वाह उक्त में सम्बंध में "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकाधिकाल हेतु मन्त्रु गरी किन बात है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरद उक्त ऐंटी-थ्रॉटल हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॉलिका काउन्टेराइन" से ली गई साहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी पर हमला करने वाला ही सलाह का बिन्दु पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमला करने वाले का विषय है और "कॉलिका काउन्टेराइन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हमला करने वाले को उलाहना मुआफ़ और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमला करने वाली और "कॉलिका" को कोई धुपका या जिम्मेदारी इन मामलों में नहीं होगी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्थान

Dr. Lakshminarayanan

Manager Outreach  
Institute for Diabetes & Eye Care

(A unit of Shradha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thirumalaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital)

नाम व पद हस्तगत अधिकार अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. Laxmi Dorennavar  
MBBS, MAJPRS, FICO  
Consultant - Plastic & Reconstructive  
(Name of the Doctor, No. with Stamp)  
डाक्टर का नाम व इतिहास में संकेत है

डाक्टर का नाम व इतिहास में पूछें।

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

म्यान्मार् इकादशमः ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपकी जानकारी के लिए हमें सूचित करना चाहते हैं कि हमारे वेबसाइट पर उपयोग की जाने वाली कुछ तकनीकें आपको अपने ब्राउज़र में सहे गए फ़ाइलों (कॉokies) के बिना काम नहीं कर सकेंगी।

Exempel

Rich