

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	N10922/1185	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 22/09/22	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Chandramma	AGE-YEARS वय-वर्ष : 60	SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कानूनी जीवा का नाम : W/o Siddappa	PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान अवासस्थल पत्ता Outer ring road, Beggoors Colony Karnalipalya, Bangalore district Karnataka		
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई अवासस्थल पत्ता Same as above		Postcode पोस्ट कोड : 1185	Postp Chandramma
OCCUPATION : अवस्था : She Heress	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) (Attach Proof of Income) (अपने साथ लाएँ)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : -			
PAN No. स्थाई ग्रहण संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSSEE (Tick whichever is applicable): जो आग आय कर रहा है (जो जान्य हो उस पर माफी का निशान लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवरित आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (इसका पत्र की जाया भी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अधूरे आग वर्षे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की इच्छा भी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाया भी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साधन
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किने गये विवरी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवेदन/हीफाईटर से जारी की गई ड्रिटिलेशन सूची संलग्न		
1.	Diagnosis		RF - Cadaract LF - Cataract
2.	Surgery		RE - cataract + pcri
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए 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 AVALIED ली गई सहायता: रुपये	
3.	DRGS	3000/-	

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वाय संक्षेप में:

- 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.
  - 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.
  - 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 पापा कर्ता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिये करोन मेरी जानकारी के अनुसार यथा एवं यह माही है। भूरे कोई विषय एवं काम आपके पाया जाता है तो मेरी सहायता निश्चय की जा सकती है।

2) मैं दूसरे जो सहायता करें "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जा रही है, उसका उपर्युक्त उसी उद्देश्य को गृहीत के लिये किया जायेगा, जो इस प्राप्ति में था।

3) मैं पर्याप्त करता हूँ कि यह सहायता होए पहलीवान की गई है, उस रासि जो अतिशय या घटकत नियमों का अन्यायी से न हो सकता है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पित द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 agrees 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 प्राप्त या अपने हालात का जीवन लकारा, मैं (अपेक्षक) अपनी सहायता की युद्ध करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नवीनीय" को अधिक बढ़ाता हूँ कि ये वाय पत, कोटी और जो विवरण इस प्राप्त में शामिल है, वर्ते "कोशिका" एवं नाम, दर, वाचनाएँ तूहां उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी इमार व्यापार में प्रभावित भावने की तिथि अधिक्षित है। मेरे प्राप्त वा विवरण में इलाज के बाहर या जल्द मेरे जारी किए गए तिथि "कोशिका फाउंडेशन" वा नाम की अधिकृत है।

2) मैं (अपेक्षक) इस बात से सहमत हूँ कि ये काम, यात्रा, कोटी और विवरण जो कि सहमत के उद्दीपनों में प्रतिष्ठित हैं युद्ध व्याप्ति, सहायता का हालात या कोई कानूनी विवाद वा विवरण का विविध अधिकारी और सम्बद्धी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

लोक ने सरकार का बड़ो बड़ा विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (HOSPITAL AND STATE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we  
hereby affirm & accept following:

- (Hospital) hereby admit & 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 अलावा, समाजी को भी भारतीयों को "वासिन्दा प्रदानीहों" से लिखा साक्षात् है जिसकी की जाति है, जिसे हम (हमसभा) नियन त्रापार से बचने वालीकरा करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भवित्व में वित्तीय सामाजिक किसी गैर साकारी संस्थान पर किसी अन्य स्थेते से उक्त शोरी/चमत्री में संगें या ले ले रहे हैं, जैसे कि इनमें “कौशिका चाहन्देश्वर” से विष्णुलीला/विष्णु उक्त के सम्बन्ध में “कौशिका चाहन्देश्वर” द्वारा प्रदर्श देने कि है। यदि “कौशिका चाहन्देश्वर” द्वारा सामाजिक वित्तीय साकारा हैं तो किया जाता है यह सामाजिक किसी अन्य ऐसी साकारी संस्था पर किसी अन्य सम्बन्ध में साकारा होती है। इस पूछी वैसे समझ करा जाता है कि आपकाल द्वितीय प्रदर्श उक्त शोरी/चमत्री हैं तु किसी गैर साकारी संस्था पर किसी अन्य साकारा होती है।

२. "कोरिंथिया काठवन्डेसन" से ली गई माहात्म्य कोषल विविध प्रश्नहि भी है। ऐसी या हम्मतात द्वारा यी गई मानत या किसे यी उपचारप्रक्रिया का मुद्राव ऐसी एवं हम्मतात द्वे वीय का विषय है और "कोरिंथिया काठवन्डेसन" द्वारा किसी इकाई का कोई एकाक नहीं है। इससिंधे हम्मतात में योगी के इकाक मुद्रा और ज्ञाने के सही विवेदारी ऐसी एवं हम्मतात को होगी और "कोरिंथिया" की कोई मूल्यका या विवेदारी या उपर्युक्ते ये नहीं होगी।

---

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए संस्कृति

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
on behalf of Hospital/Trust)  
(A Unit of NTPC Ltd., Bodla Pendular, Bodla Pendular)

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

अन्तर्राष्ट्रीय उपचार संस्कार

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यासी हस्ताक्षर 2

24.09.2021