

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0524/1254

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

21/8/24

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Appaji

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/वधु का नाम

S/o - Thimregoda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

mahar nava naddodi, Besagashale post,  
maddur taluk mandya district Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी 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 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये चिह्नित आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेशा में 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)

उपभोग्यता कार्ड  
(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निरुद्धि का उद्देश्य:

Sr. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

①

Diagnosis

RE CATARACT

LB CATARACT

Surgery

RE CATARACT

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिय गया हो?

Sr. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

जो यह सहायता रही

②

DB CS

2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की-

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी छात्रावधि निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा भी व्याख्या राशि "कोशिका फाइन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यह करता हूँ कि निम्न छात्रावधि हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य छात्र/निधोन्वित/छोटी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीया।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)**

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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अक्षरों में) अपनी प्रतिक्रिया को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके व्यापारों" को अधिकृत करता हूँ कि पता नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा व्यापार, पार, यात्रा/यात्रा करने/उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग या प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मैं इस प्रकार के पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" व व्यापार अधिकृत है।

23. ये (अध्यापक) इस बात में सहमत हैं कि ये नाम, पाठ, फोटो और विवरण तब कि साक्ष्य के उद्देश्यों में शामिल है मुझे स्वतः सहायता का इकट्ठा नहीं करता। इस सम्बंध में “कोशिका” एकादम इसके ज्यूरिस्टों का निर्णय जल्लिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

सूचक के द्वारा या अंगों का स्थान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर प्राप्त करा)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) heretby 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 its 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.

in the matter.

1) यह कि न तो परामर्श और न ही अधिपत्य में किसी सहायक किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उक्त रणनीति/परमर्श में संशोधन या लेख है, जैसे कि हमने "भौतिकी काउन्सिल" से धिमांतरण/विपरीत उक्त के समर्थन में "भौतिकी काउन्सिल" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "भौतिकी काउन्सिल" द्वारा सहायक मिलती जाति/सफल हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रणनीति/परमर्श हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेता/लेगी।

2. "कॅशिका फायनॅन्स" में तो यह महापता कोसल स्थिति प्रकृति को है। तंगी पर इसका इलाज इसी तंगी पर ही किया गया उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हमारा मत ही होगा कि "कॅशिका फायनॅन्स" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयास नहीं है। इसलिए हमारा मत है कि तंगी को इसका मूल्य और जाने जाने को नहीं जिम्मेदारी तंगी एवं हमारा मत ही होगा कि "कॅशिका" को कोई धुमका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृत के लिए संसूति

Mr. Lakshmi pathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care  
(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
M. Thimmappa

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

नाम व पद हस्त्यालत अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS,MS,FPRS,FICO

Consultant: **David A. Reardon**, [dareardon@earthlink.net](mailto:dareardon@earthlink.net)

ਗੁਰਮਤਿ ਦੀ ਪ੍ਰਤਿਪੱਤੀ ਅਨੁਸਾਰ, ਜਿਸ ਵਿਚ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

### आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामो वास्तव ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
जयमी हजारा 2