

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रक्रिया		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life
APPLICATION No.: आवेदन संख्या:	13 0924 1434	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 11/09/2024	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम:	Gowramma	AGE-YEARS उमेर-वर्ष	75
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्नी का नाम:	W/o Guna Swamappa	SEX लिंग	F
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासान जागरूक पता Kebhepure Gundlupetla Taluk Chamrajpura District Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता — " —			
OCCUPATION: पर्याप्तता	Home maker	<input checked="" type="checkbox"/> MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय	₹1,000/-	(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई संख्या संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप अयात कर रहा है (जो मात्र ही उस पर भर्ती का विशेष लगायें)			
Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाही आधार			
<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) ग्राहकी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आप अय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाही का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से वार्षीय की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न		
(1)	Diagnosis	RE cataract L- cataract-	
(2)	Surgery RE cataract + PCPCL		
ASSISTANCE BEING AVALIED 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 AVALIED ली गई सहायता राशि	
(3)	DYSCS	2000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा की:

- 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रकार मेरे लिये गये सहाय्य के लिए कानूनी के अनुसार साधा शब्द मात्र है। यदि कोई किसी शब्द भवित्व बनाया जाता है तो उसे सहाय्य किसी को जा सकती है।

2.) मेरे पास जो सहाय्य थी "कोरिका 'आडवेंचर'", जो यही थी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण किया जायेगा, जो इस प्रकार मेरा गया है।

3.) मैं पुराना करता हूँ कि यह सहाय्य की गई है, उम यही को अतिक्रम या अवृत्ति के लिये नहीं दिया जायेगा क्योंकि मेरे न हैं जिसका विषय है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पण द्वारा)

- 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 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 प्रत्यक्ष पर अपने हस्ताक्षर का अंगठे की छाप लगाया, मैं (आवेदक) अपनी महामति की युक्ति करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामियों" को अधिकृत करता हूं कि मैं चाहता, पता, कोठी और जीवित इस प्रत्यक्ष में भागीदार हूं, वहे "कोशिका" एवं नामी, दान, जलनालय दूसरे उद्देश्य से उड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये बिना भी प्रसार लाना और प्रसारीत करने के लिए अधिकृत हूं: मैं इस का विवरण में इनका खोलने वा बारे ने काने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" का नामी अधिकृत हूं;

2) मैं (आवेदक) इस कान से सहमत हूं कि मैं चाहता, पता, कोठी और जीवित जीवित की महामति के उद्देश्यों में अधिकृत हूं युक्ति स्वतः लगायत का इकट्ठा नहीं करता। इस सर्वांग में "कोशिका" प्रत्यक्ष उसके नामियों का विनाश गतिविधि और व्यापकताई होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

with the same width from



AGREEMENT by HOSPITAL (ผู้รับผิดชอบ)

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.

कांडा विनायक वराहाचारी को जौन से प्रभावित होने की "विभिन्न वाराहाचार" में विभिन्न वराहाचार से विवरणित की जाती है, जिसे इति (प्राचीन) विष्णु उपासना माना गया एवं स्मृतिका वर्णन है।

- १) यह कि व तो संवादित और व ही प्रधानमें वित्तिय महापता किसी तौर पर साकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उक्त संगठन में लेंगे या ले लें है, जैसे कि इमरे "कोलिका चारबंदीजन" में सिवारीपुरीविनीत उक्त के सम्बन्ध में "कोलिका चारबंदीजन" द्वारा मदर बैंगु कि है। यह "कोलिका चारबंदीजन" द्वारा महापता विनीत लोकिक/सकार देश मन्त्रा नहीं किया जाता है तो सम्भाल किसी अन्य तरीका संस्था या किसी अन्य संस्थान से महापता संनेह का अधिकार सुनिश्चित नहीं है। इस गृहि में मदर बैंगु कहा जाता है कि अस्माल द्वितीय मदर उक्त संगठन में देश मन्त्रा किसी तरीका संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेंगे/लेंगी।

२) "कोलिका चारबंदीजन" में तीर्थ महापता कोवत वित्तिय प्रश्नाती नहीं है। ऐसी या हमस्तान द्वारा दी गई सत्त्वा या किसे गये उपचार/प्रक्रिया का चूनाव योगी एवं हमस्तान के बोव का विषय है और "कोलिका चारबंदीजन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये हमस्तान में ऐसी के हालाव सुख और आर्थ जारे की यारी कियेहो ऐसी एवं हमस्तान की दोस्ती ही "कोलिका" की चारों परिका या जिम्मेदारी इस संघाले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए सुनिश्चित

Date of Surgery अंतिम दिन की तारीख	Dr. Laxmi Dorennavar MBBS,MS,FPRS,FICO Consultant Orthopaedic Surgeon Name of Dr./S/o/Ru/s. No. Registration No. KMC OIN No. 95007 Date of Birth	Mr.Lakshmipathi N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory of the Hospital) (A unit of Shradha Group of Hospitals.) # 16/M, Thimmappura Main Road, Bengaluru - 560078
11/09/24		

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर ।	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2
	