

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0825/1561

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

16/8/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lingaraju

AGE-YEARS आयु-वर्ष

56

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

Hornasiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lakshagandnahalli, Billegur, Tumkur
Komatika

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



Re OP - PxtOP
1561 - Lingaraju

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाल संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 संबंध
1	Syatha	41	F	12/8/25

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा 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 अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Dagnosis RE - Cataract RE - Cataract
2	Surgery RE Cat + PCIO L

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED ले गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा किये)**

2) मैं (आवेष्टक) इस बात से सहमत हूँ कि योग, योग, चोटी और विचारण जो कि सहमतता के उद्देश्यों से प्रेरित हैं मुझे स्वतः सहमतता का इकट्ठा नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एकम् उसकी स्थिति का निर्णय अतिशय और आवश्यकता होगी।

आर्यदेव के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान



2. "कोशिका काउन्टेशन" से ली गई सहायता कांशत विलीय प्रकृति की है। रोगी पर इन्फेक्शन द्वारा दी गई सहायता का किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं इन्फेक्शन को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इन्फेक्शन में रोगी को इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं इन्फेक्शन को होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

20 - 03 - 2025