

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.: B/0885/1622

आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

31-8-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Taya Bai

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्भ का नाम

W/o Ramanayaka.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Anajavadi Doble, Shivnakhali.

Ramanagara (D) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



Pre op Post op

1622 - Taya Bai

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

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

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 सम्बन्ध
①	Rama Naik	69	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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 प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis Rx - Tablet LF - PCOL
②	Surgery Rx - OP + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED लगी गई सहायता राशि
①	DBCS	2000

DECLARATION by APPLICANT: जाणकारी द्वारा भविष्य पत्र:

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जात है तो मेरी सहायक निवृत्ति की जा सकती है।
- 2) मेरी दृढ़ता से सहायक राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में पता गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त विस्तार किसी अन्य स्रोत/निर्देशक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, दान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत हो उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (병원장 또는 부장)

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: ☐ That financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we

- 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.

इसकी अधिकांश, इलाखों की ओर से मालवी/राजी की "कोशिका फाटने" से जलित सहायता हेतु निषेधित की जाती है, जिसे हम (हमसला) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधिनियम, हमलाचारी को और से मामले/ऐसे को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिग सहायता हेतु चिकित्सा की जाती है, जिसे हम (हमसाल) अपने उद्देश्य से अपने से उद्देश्य प्राप्त है।
- 1) यह कि न तो सर्वजन और न ही पवित्र में विधिग सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्थल से उठाए/पायले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से चिकित्सा/विधिग उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिग अधिकाधिकार हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है तो असमय से किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमय द्वितीय मदद उठाए/पायले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केंद्र विधिग प्रकृति को है। ऐसी या हमसाल द्वारा दी गई सहाय या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसाल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उद्देश्य का कोई उद्देश्य नहीं है। इसीलिए हमसाल में ऐसी के उद्देश्य सुरक्षा और जाने जाने को जारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हमसाल को होगी और "कोशिका" को कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

कृषीवर्ग के लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar Bangalore-52

출판사: 중앙교육문화사

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

व्याप्ती इत्यादि ३