

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/1222/1938

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

27/12/22

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shekarasheeti

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

SEX

लिंग

65

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Late Adaveebheeti

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

#299, R. Hasurur, Balvaneratu Post

Tumkur, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS:

स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cooler

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

28,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

या 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 सम्बन्ध
1	Shakunthala	30	F	Wife
2	Shiva Raju	34	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की पोषी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगिता 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:

Medical Reports/Prescriptions Attached
अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न

Sr. No. क्रम संख्या	Diagnosis	Prescription
1	Diagnosis	2E Cataract
		2E Cataract
2	Surgery	1E Cataract + PCICOL

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 सी गई सहायता राशी



For OP Paid OP
1938 Shekarasheeti

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 जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता प्राप्त "कोशिका फाउन्डेशन", से हो जा रही है, उसका उपयोग कभी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में मांग गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रश्न पूछा जा रहा है, उस पर किसी भी प्रकार का भविष्य में समकल हिसाब किसी अन्य सोशियल/सेवाकारी/कर्मचारी से न हो लिया है और न हो भविष्य में लूगा।

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.

2) इस प्रश्न पर अपने उत्तरों का जहाँ-जहाँ की आवश्यकता पड़े (अपेक्षित) अपनी सहमति को ज्ञात कराते हैं एवं "कौशिक पाठशाला और उसमें जातीय" को अधिकृत करता है कि यह नाम, भवन, कोठे और जो विवरण इस प्रश्न में कौशिक है, उसे "कौशिक" धर्म जातीय, धर्म, धर्मशास्त्र धर्म धर्मधर्म से जुड़े गोपनीयता और उपलब्धियों को लिखे बिना भी प्रसार पाठ्यक्रम से सम्बन्धित करने में सक्षम अधिकृत है। और प्रश्न का विवरण और प्रश्न में पाठ्य या पाठ में अपने को लिए "कौशिक पाठशाला" व जातीय अधिकृत है।

2) -यै (आवेदक) इस बात से सहमत हैं कि वेद पान, पशु, गोरी और मिल्नरों को कि सहायता के अर्थों से प्रेषित है मुझे स्पष्ट: सहायता का प्रकार नहीं बताता। इस सम्बंध में "कोशिका" बहुत उत्तम स्थानों का निर्णय और सम्भवता होता।

सत्यमेव जयते



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 reserved 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.

हमारे अधिवक्ता, इलाहाबादी की ओर से मामले/पैली को "कोशिका काउन्सेलर" से निर्दिष्ट संज्ञागत हेतु लिखपत्रि की जाती है, जिसे हम (हस्तागत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

[illegible]

2. "कोरिंगा फायनेंस" से जो लूट चलाया होगा विधिगत प्रकृति की है। ऐसी या इसका इशारा भी नहीं साबित या सिद्ध करने उपरान्त/प्रक्रिया का मुकदमा देती एवं हमलाओं के बीच का विवाद है और "कोरिंगा फायनेंस" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रयत्न नहीं है। इसलिए हमलाओं में सेगी के इलाज मुफ्त और आने जाने की सभी विनियमों सेगी एवं हमलाओं को छोड़ें और "कोरिंगा" की कोई भुजिका या विनियमों इस मामले में नहीं होती।

Date of Surgery ऑपरेशन का तारीख 27/12/22	Dr. Lakshmi Dorennavar MBBS MS FRCS FICO Consultant - Plastic & Reconstructive KMC No. 90244	Mr. Lakshmi Prasad N Manager Outreach (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) (A unit of Shree Chhatrapati Sambhaji Maharaj # 16/14, Thimmasa Road, Malad West, Mumbai - 400 064)
--	---	--

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

24/12/22

Dr. Laxmi Dorennavar
(MBBS, MD, FRCS, FICO)
Consultant Plastic & Refractive
Surgery
KMC No. 90244
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FC

Mr. Lakshmipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Sri Lanka Ceylon Tea Export Board)
on behalf of Hospital)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
[Signature]

Exbury

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो इत्यादि 2

2025