

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N/0123/2025

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

06/01/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

K.T. paniswamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/हस्तु का नाम

Slo Tammanna Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

112, hisiseve, Nandi halli, Channarayana

Hasan, Karnataka - 573141

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Same as above

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 के साथ सम्बन्ध
1	Prathima	60	F	wife
2	Damshan	33	M	Son
3	Kishor	29	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 Card Copy) उपभोक्तृ 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	Diagnosis RE-Cataract LE-Cataract
2	Surgery LE-Cataract + 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 ले गई सहायता राशी



Preop postop
2025 paniswamy

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा है:

- 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 जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस ओर सहायता राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में पाया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप की जा रहा है, उस राशि का अतिरिक्त या समकत किसी अन्य स्रोत/निधे/कर्मचारी/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (ATTORNEY USE ONLY)

- 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 इच्छाकर या संकेत की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" प्रबन्ध न्यासी, दान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से चुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के पक्षों या कार में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से अधिकृत है मुझे स्वतः सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रबन्ध न्यासीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को इसलाखर या अंगोले का निवास



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

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.

इससे अस्पष्ट है, इसलिए ही और से मामले/दोषी को "कोशिका वायव्यदेशन" से विधिवत सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे इन (इसमाल) विनियम प्रकार से पाया व समीक्षा कराते हैं।

- 1) यह कि न तो कर्मचारी और न ही अधिकारी के विरुद्ध साक्ष्य किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य संस्था से उठाए जा सकता है, बल्कि कि इनमें "कोशिका काउन्टडाउन" से निष्कर्ष/निष्पत्ति उठा के सम्बंध में "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा प्रमाण देना कि है। यदि "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा साक्ष्य/निष्पत्ति अस्वीकार/अस्वीकृत होना मनुष्य नहीं किया जा सकता है तो सम्भवतः किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्थान से साक्ष्य/निष्पत्ति लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जा सकता है कि सम्भवतः द्वितीय चरण उठाए जा सकते हैं कि किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका काउन्टडाउन" से ही यह साक्ष्य/निष्पत्ति प्रमाणित की है। ऐसी या सम्भवतः द्वारा ही यह साक्ष्य/निष्पत्ति या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का प्रमाण ऐसी एवं सम्भवतः के बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टडाउन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए सम्भवतः में ऐसी के प्रमाण सुरक्षा और अपने जाने की सारी विधियों/ऐसी एवं सम्भवतः की होती है। "कोशिका" की कोई सुरक्षा या विधियों/ऐसी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

0610123

Dr. Laxmi Dorennavar
(Name of Dr. & Regn. No. w/Dr. Seal)

Consistent with the refractive

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

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

नाम व पद हमारा अधिकृत अधिकारी

नाम च पद इत्युक्तं अधिकृतं अधिकारं

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

व्याख्यात्मक उपपन्थीय संतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यासी इश्टावळ ।

Enfermedad

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2

2020