

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

N/0123/2175

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

19/1/23

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mahadevgowda

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

S/o marigowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gundlupete Taluk, Neneballe  
Channarayana, Kottakota

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Same as above


 Preop postop  
 2175 Mahadevgowda

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

11,200/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छात्र 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

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 1                      | Shivamma                                          | 66                         | F              | wife                                            |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |
|                        |                                                   |                            |                |                                                 |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनोद आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                     |                                                                                          |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन भुकी संलग्न |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosis<br>RE catract<br>LG catract                                                        |
| 2                      | Sursety<br>AR catract + PCDOL                                                                |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |
|                        |                                                                                              |

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.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>ले गई सहायता राशी |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                      | D.B.C.S                                   | 2000/-                                                  |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am the owner of the property. ☐ I am not the owner of the property.

- 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 Kashiwa 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 अथवा आशय भ्रम्य ज्ञात है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस को सहायता के लिए "कारण" का ब्यौता करता हूँ, जो सही का सही है, जिसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में पूछा गया है।
- 3) मैं यही घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को न तो अन्यत्र से वापस करूँगा, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless you want)

- 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 का जवाब इलाहाबाद या अंगरेजों को हारने वाला, मैं (जयदेव) अपनी सम्मति की मुद्रि करता हूँ एवं "कोरिफा" साहबसिंह और उनके ग्वाहीयों " को अभिप्रेत करता हूँ कि मेरा नाम, नाम, पदवी और जो विधान इस प्रश्न में संलग्न है, उसे "कोरिफा" राज्य ग्वाही, नाम, साहबसिंह द्वारा अंगरेजों से बहुत गंभीरतापूर्वक और बराबरीपूर्वक से लिखे किसी भी प्रकार सम्मान से प्रसारित करने से निरा अभिप्रेत है। मैं इस बात विचारने पर इलाहाबाद के गद्दारे या बाद में करने से निरा "कोरिफा साहबसिंह" व उनकी अभिप्रेत है।
- 2) मैं (जयदेव) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, नाम, पदवी और विधान को कि इलाहाबाद के अंगरेजों से लिखित है मुझे माला, इलाहाबाद या इलाहाबादी बला। इस सम्मति में "कोरिफा" राज्य उनके ग्वाहीयों का लिखे अंतिम और सम्मानपूर्ण होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

संयोजक को **अनुसंधान** या **निष्पत्ति**

AGREEMENT by HOSPITAL (उपस्थित डॉक्टर द्वारा)

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:

- 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.

इसमें अधिकतर इस्तेमाली की तरह से मानले-पेरी की "कॉन्सिडर फायनडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु गिनतीया की जाती है, जिसे हम (हमसात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉलेज और न ही व्यक्ति में किसी सहायक किसी भी सहायक संस्था का किसी अन्य स्तर से उच्च स्तरीयता में होने का होना है, जैसे कि हमने "कोरिया फाउन्डेशन" से विश्वविद्यालयिता उक्त के संस्था में "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा भरण हेतु कि है। यदि "कोरिया फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अतिरिक्तस्तर हेतु मन्त्रालय कीव फाउ है तो अत्यन्त किसी अन्य भी सहायक संस्था का किसी अन्य संस्था में सहायक होने का अधिकांश सुनिश्चित प्रमाण है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अत्यन्त द्वितीय स्तर उक्त स्तरीयता हेतु किसी भी सहायक संस्था का किसी अन्य संस्था में नहीं होनासोनी।

## RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

कन्याशालाओं के लिए संरक्षण

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

19/01/2023

**Dr. Laxmi Dorennavar**  
MBBS, MS, FRCS, FICO  
Consultant - Phaco & Refractive  
KMC No. 20244

Mr. Lakshmiipathi N  
Manager Quinich

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

KMC No. 70244  
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्त्यासना कथयामि हेतुः

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 नामी हस्ताक्षर ।

Exempel

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायी हस्ताक्षर 2

John