

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

N 10223/2329

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

7/2/23

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kumar

AGE-YEARS आयु-वर्ष

69

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

S/o MuniSwamy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

No 272, Lakshman Rao Nagar

Bangalore South, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

same as above



postop 2329 postop kumar

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : आय का स्रोत संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर खींच 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 से संबंध
①	Lolli	61	F	Wife
②	Michael	30	M	Son
③	preya	25	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) रसमनामा कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनंती 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 + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि
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.

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 जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।

2) मेरे द्वारा जो सहायता दालि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में पूरा पाया है।

3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि बिना सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस दालि का अतिरिक्त या समकाल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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.

1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सत्यता की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके मातापी" को अधिकृत करता हूँ कि वेत नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचस्पत्य दूधो उद्देश्य से जुड़ी प्रतिविधियों और उपस्थितियों के ताने किसी भी प्रकार न्यायन से प्रस्तुति करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण ये प्रश्न के पाने या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

आपके लिए यह जानकारी है कि आप अपने बैंक खाते से अपने बैंक खाते में धन स्थानांतरित कर सकते हैं।



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 its 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.

हमारे अधिकृत हमलाओं की ओर से मालाई-प्रांती को "कोरिया प्लाउन्डेशन" से विधि सहायता हेतु विधायिका की जाली है, जिसे हम (इस्यहाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो कई सहायता कोशत विविध प्रकृति की है। ऐसी या सम्पन्न द्वारा ही यह सलाह या किने एवं उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं सम्पन्न से कोश का विषय है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये सम्पन्न में ऐसी के द्वारा सुरक्षा और अपने अपने को तारी जिम्मेदारी ऐसी एवं सम्पन्न की होगी और "कोशिका" की कोई सुविधा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

संस्कृति के लिए संस्कृति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डा. लक्ष्मी डोरेनवार

Mr. Lakshminarayanan M
Manager Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)
15/04/2020

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2

 नामी इम्तियार 2

Erbenzyl

Rich