

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation <i>Building block of life.</i>	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : N/0223/2380		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 8/2/23			
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Thimmakka		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 60		SEX लिंग : F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्नी का नाम : w/o Kaishnappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Rajenahalli hukadenehalli village malur taluk Kolar district Karnataka 563137					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Same as above					
OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : [X] MARRIED	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 26,000/-				(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. लगाई खाता संख्या : [Blank]					
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) : [X] No					
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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे 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) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य : [X] Yes					
"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 हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			

DECLARATION by APPLICANT: **अभिज्ञाने एव भविष्यति यत्**

- 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 यहाँ पर बताना चाहूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरे जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निश्चय की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता यहाँ "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना चाहूँ कि मैं इस सहायता को वह प्रार्थना भी नहीं हूँ, उस राशि का अतिरिक्त या समस्त किसी किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach pp 10-15)

- 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/post-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 हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति यही पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" धर्म न्यासी, धन, समय/या दूसरे उद्देश्य से कुछी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रकार उपयोग से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षरों के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे उचित: सहायता का इकाया नहीं बल्कि इस सम्बंध में "कोशिका" धर्म उसके न्यासीयों का निर्णय और वापसकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आपके नौकरी के लिए हमें बहुत खुशी है।



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल से सहमति)

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 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.
- 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिवक्ता, हस्ताक्षरों की ओर से प्राप्त होगी जो "कॉलेज फाइनल" से विधि परीक्षा में सुविधा की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) दिन प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वमान और न ही अधिकांश में विविध साक्ष्य किन्हीं गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त ऐंगी-पाथले में तौंग या तं खा है, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से विकसित/विपरीत उक्त के समान में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य विपरीत अधिकांश/सकल हेतु मररु नहीं किया जाता है तो असम्भव किन्हीं अन्य गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से साक्ष्य लेने का अधिकार सुचित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि असम्भव द्वितीय मरर उक्त ऐंगी-पाथले हेतु किन्हीं गैर साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से नहीं लेना/लेने।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह साक्ष्य संकल विविध प्रकृति की है। ऐंगी या इसमाल द्वारा ये यह साक्ष्य या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचित ऐंगी एवं इसमाल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किन्हीं उक्त का कोई स्थाय नहीं है। इसलिये इसमाल में ऐंगी के इलाक सुका और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐंगी एवं इसमाल की होती और "कोशिका" को कोई प्रमाण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$8 \mid 2 \mid 23$$

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FRCS, FICO
Cons (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) v

Cons (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  

हाकर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपसेन ही

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इन्द्रधर ।

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2
म्यासी हसना 2

2020