

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/01/25/2966

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/01/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ningamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

58

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्भ का नाम

w/o chuncharah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Bhremababali malavalli

Mandya Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

Same as above



6966 - Ningamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

20,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर पाल है (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 सम्बंध
1	chuncharah	74	M	Husband
2	gundarah	39	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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) उपभोक्ता 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 प्रतिकेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract LE cataract
2	Surging LE Cat + PC IOL

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 ली गई सहायता राशी
1	ABCs	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 प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण सही 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 द्वारा जो सहायता राशि "कौशलिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उम्मीद के साथ ही के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्नपत्र में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य प्रोड/नियोक्ता/बौद्धिक सम्पत्ति से न तो लिया है और न ही भविष्य में ली जाये।

t) 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 Kashioka Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रश्न का अपने इरादों का ज्ञान लगाकर, मैं (अर्बेदेक) अपनी सभ्यता को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे वेद, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाक्य/वाक्य दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखें किसी भी प्रकार सभ्यता में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इरादों के पक्षों या कार्यों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्बेदेक) इस बात से सहमत हूँ कि वेद, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का नियंत्रण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को हमलावर या अंगूठे का निशान



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:

- (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.

हमारे अधिकृत, हमाराही को ओर से भयाने-रोपी को "कोशिका काउन्डर" से वित्तिप सहायता हेतु मिश्रकलित की जाती है, जिसे हम (हमसल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. Laxmi Dorennavar
MBBS, MS, FPRS, FICO
Consultant Plastic & Reconstructive
Surgery
KMC, P. 90244

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
(A unit of State of Egypt))
16/M, Thiermain Road, Mill Creek Tank Bed Area

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 प्रामाण्य इत्यादि २

न्यासो हस्तधारः ।

प्यामी इमलाखर ३

18-08-2024