

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building track of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या

N/0303/2977

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

24/5/22

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Dharmesh

AGE YEARS

आयु वर्ष

52

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

S/o Kari Gowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Masalga Koppa Hobli Besgaraballi

Maddur Mangal Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वयं छाना संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 संबंध

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) 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 विनति 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 RE Cataract + Pteryx

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

Pre op Post op
2977 Dharmesh

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a U.S. citizen. ☐ I am a U.S. permanent resident. ☐ I am a U.S. national.

- 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 Kishika 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.
- 4) मैं धर्मशाला का कह रहा हूँ कि इस प्रमाण पत्र में मैंने सच सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सच सच बताये हैं। यदि कोई विवरण सच बताने असाध्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निषेध की जा सकती है।
- 5) मैं इससे जो सहायता प्राप्त "कौशलिक प्रशिक्षण" से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बता गया है।
- 6) मैं यहाँ कह रहा हूँ कि मैंने सहायता लेने का प्रयत्न नहीं किया है, उस तारीख के अंतर्गत या उसके निषेध किया अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से या तो किया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (30404 gto 800)

- 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 fulfilment 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 इच्छा या अपने को लाभ लाने के (आवेदक) अपने सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसकी न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" एफएम-न्यासीय, दाय, वाचक/या हमारे इच्छा में जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रेषित करने को लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण को इच्छा को पहले या बाद में करने को लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहमत के इच्छा में प्रेषित है मुझे स्वतः, सहमत का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एफएम-न्यासीयों का निर्णय अंतिम और माध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवश्यकता से अधिक मात्रा में अंगूरों का निर्यात



AGREEMENT by HOSPITAL: (PRINT OR TYPE)

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:

- 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, हमारा को और से व्यवस्थापकी को "कोशिका काउन्टिंग" से विविध स्वाभाविक रूप सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हमसे) विभिन्न प्रकार से साथ में व्यवस्था करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही अधिकतम दो विविध महापक्ष किसी भी साक्षरों सम्मेलन या किसी अन्य मंचों में एक ही-समयले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका काउन्सिल" में विचारविमर्श/विमर्श एक ही सम्मेलन में "कोशिका काउन्सिल" द्वारा संचालित होने कि है। यदि "कोशिका काउन्सिल" द्वारा महापक्ष विमर्श अधिकतम/समय लेने समुदाय नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी साक्षरों सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन में महापक्ष लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल किसी मंच एक ही-समयले में किसी भी साक्षरों सम्मेलन या किसी अन्य सम्मेलन में नहीं लेता/लेगी।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सम्बोधकता के लिए संयुक्ति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

$$g_H \left| \begin{array}{c} 3 \\ 22 \end{array} \right|$$

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

Mr. Lakshmiipathi N
Manager Outreach

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
Institute for Diagnostics & Eye Care
(A unit of Shri Radha Eye Care Trust.)
2021-22
16/34, Thiruvananthapuram Road, Miller Road, Bad Area

FOR INTERNAL USE - KOSHIKA FOUNDATION

अप्युक्त उपपत्त्यं हि त

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायों इत्यादि ।

Satzung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE

2018