

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

B10425/0133

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि : 8/4/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Chandramma

AGE-YEARS: वय-वर्ष : 60

SEX: लिंग : F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

w/o Ningalih

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासस्थान पता

Madhuvanahalli Hesarugonda Beedu
chamarajnagar DISTRICT, KARNATAKA

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: द्यावा आवासस्थान पता

-II-

OCCUPATION:
पेशी

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. दस्तावेज़ नंबर संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
यदि आप आय वर चाहते हैं (जो मान्य से उत्तम पर सही का नियाम लगायें):

Yes / No

हाँ / 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 सम्बन्ध
①	Malikajum - N	43	H	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए चिह्नित आपाएँ

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की स्थिति संतुष्ट होनी चाही)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन्म वायर लाई इमार पत्र (प्रमाण पत्र की स्थिति संतुष्ट होनी चाही)	Ration Card (Attach Copy) वर्षायक कार्ड (प्रमाण पत्र की स्थिति संतुष्ट होनी चाही)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु चिह्नित की गयी चिन्हाएँ का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/घाटकर से जारी की गई चिकित्सा भूची संलग्न		
①	Diagnosis	RE	cataract
		LF	cataract

②	Surgery	RE	cataract + PCI D.L.
---	---------	----	---------------------

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए 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 ली गई सहायता रकम
①	DBCS	2000/-



pre op post op
0133 Chandramma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्रकाश में सिये नाम सभी विवरण और जाहाजी के अनुसार यात्रा एवं गहरी है। यह जीवन विवरण एवं कथन यात्रा यात्रा है तो सभी जाहाजी विवरण की जा सकती है।
- 5) मैं द्वारा जो सहायता यात्रा "कोशिका फाउंडेशन", में जीवन गहरी है, उसका उपयोग उमीद उपयोग की भूमि के लिये किया जायेगा, जो इस प्राकृति में भरा गहरा है।
- 6) मैं पुरुष करता हूं कि विवरण सहायता हेतु यात्रा यात्रा को गहरी है, उस यात्रा का वर्णन या सकारा विवरण अन्य घोषित विवरणों/वीडियो वायरलों में न तो लिया है और न ही भविष्य में लिया है।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस प्रकाश पर जापने वालाहर या अंगते की ओर लालहर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुरुष करता हूं कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामों" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, यात्रा, फोटो और जो विवरण इस प्रकाश में घोषित है, जो "कोशिका" एवं नामों, यात्रा, यात्रा/यात्रा दूसरे उद्देश्य से युक्त गतिविधियों और डालसिंहों के लिये किसी भी ज्ञात यात्रा से प्रसिद्धि करने के लिए अधिकृत है। ये यात्रा या विवरण में इनका के जाते या बढ़ में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामों अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस यात्रा से सहायता हेतु कि ये नाम, यात्रा, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से ग्राहित है नहीं भवतः सहायता का हकारा नहीं करता। इस यात्रा से "कोशिका" यात्रा उसके नामियों का निर्माण और वायरल करता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक को इसका या अंगते का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल द्वारा करार)

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.

इसको अधिकृत, इसका जीवन और सहायता को "कोशिका फाउंडेशन" से विविध सहायता हेतु घोषित की जाती है, किये हम (हास्पातल) निम्न प्रकार से सम्बन्ध व सम्बोध करते हैं।
1) यह कि न तो यात्रियों और न ही घोषित यात्रा किसी और सहायता संस्थान या किसी अन्य संस्था से उत्ता रोगी/यात्रियों में सिये या से रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में नियमीकृत तरह के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यात्रा विवरण अधिकृत/वायरल हेतु यात्रा की किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य और सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से सहायता लेने का अधिकारा सुरक्षित रखता है। इस पुरुष में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय बदर उत्ता रोगी/यात्रियों हेतु किसी और सहायता संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेता/लेंगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में जीवन गहरी सहायता को इस विवरण प्रकृति की है। योगी या अस्पताल द्वारा या योगी या उपचारा/प्रक्रिया का चुनाव योगी एवं इस अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये अस्पताल में योगी के इनाम सुधार और अन्य जाने जीवी विवरणों योगी एवं अस्पताल जीवी होंगी और "कोशिका" को कोई योगिका या विवेदी इस यात्रे में नहीं होंगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
संवीकृती के लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH, BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

नाम, दर्ज, दर्जना, अधिकृत, अधिकृत

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
अंगते की तिथि
8/4/25

Dr. M. Pavithra MBBS,
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
KMC No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्पातः 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्पातः 2