

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/2125/0196

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/4/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rangaraj

AGE-YEARS आयु-वर्ष

57

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Sh. Rangaraj

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (समयान आवासीय पता)

Thirukarabelli malagandharabelli

Tumbur (n) Kankalate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



pk op - part of
10196 - Rangaraj

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

15000/-

(Attach Proof of Income)

(आप का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाली संख्या

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)

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 सम्बन्ध
1	Preme	24	F	दाughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे 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 2E cataract
2	surgery RE - cataract + p. of

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
1	DSC	2000/-

ACTION BY APPLICANT: ☐ APPROVE ☐ DENY ☐ OTHER _____

- AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कबजा)**

- APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आलेख के द्वारा या अंगुठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा किया)

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 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 अधीनस्थ, हमेशा की ओर से भागने/पेगी को "कोशिका काउन्टेशन" से विनियमन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसपत्र) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1. यह कि न तो व्यक्ति और न ही भविष्य में प्रेषित सहायक किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/रोगाले में लगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विपणन/वित्तित उक्त में सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी व्यक्ति/संस्था हेतु मन्जु नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखत है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जात है कि अस्पताल प्रितीय मदद उक्त रोगी/रोगाले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ले गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हममतल द्वारा री गई सलह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का दुबल रोगी एवं हममतल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हममतल में रोगी को इलाज सुरक्ष और अपने लाने की इसी जिम्मेदारी रोगी एवं हममतल को होती और "कोशिका" को कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती यां लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/9/25

Dr. M. PAVITHRA MBBS,
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52
INTERNAL USE - KOSHIK

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

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

(A) यदि α सम $\mathbb{Z}$ पर एक होमोमोर्फिज्म है, तो α निम्नलिखित में से एक है।

अनारिक/अपयोग हेतु Managar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्यासी हस्ताक्षर २

Exempel

here