

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0425/0197

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

2/4/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Shivanee

AGE-YEARS आयु-वर्ष

37

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कन्या का नाम

S/o muddanatalaich

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Rajathodupala Kibbarabathi Tankur (B)
Kibbarabathi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

PR op - Post op
0197 - Shivanee

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

15000/-

(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 दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगावे)

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	Narasamma	48	F	Wife
05	Yogesh	19	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा 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)	Rajon 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 प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: RE - pcat RE - cataract
05	Surgery RE - cataract + pcat

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBS	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शिका फाउण्डेशन के लिए)

1) I hereby declare that the contents of this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement made by me in this Form shall be treated as a criminal offence.

2) I hereby declare that the assistance requested from Koshika Foundation is only for the purpose mentioned in this Form and shall not be used for any other purpose.

3) I hereby declare that I am not receiving any financial assistance from any other source for the same purpose for which I am requesting assistance from Koshika Foundation.

4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म के सभी विवरण सत्य हैं। इस फॉर्म में कोई भी झूठा बयान मेरे द्वारा किया गया है, जो एक दण्डनीय अपराध है।

5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस फाउण्डेशन से सहायता के लिए अनुरोध कर रहा हूँ और मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा।

6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से वही उद्देश्य के लिए सहायता नहीं ले रहा हूँ।

7) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस फाउण्डेशन से सहायता के लिए अनुरोध कर रहा हूँ और मैं इसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका फाउण्डेशन के लिए)

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

3) इस फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शिका) अर्शिका फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टियों को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकते हैं। मैं (अर्शिका) और (अर्शिका फाउण्डेशन) के बीच के संबंध में मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा।

4) मैं (अर्शिका) और (अर्शिका फाउण्डेशन) के बीच के संबंध में मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा। मैं (अर्शिका) और (अर्शिका फाउण्डेशन) के बीच के संबंध में मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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.

हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

3) यह कि हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

4) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं। हम (हस्पताल) अर्शिका फाउण्डेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

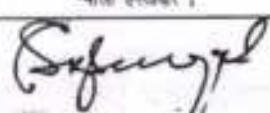
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTPATIENT BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Koshika Foundation Trust)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
4/4/25

Dr. M. S. VINHANA MBBS.
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
(A unit of Koshika Foundation Trust)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1


SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2
