

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	E/0425/0200		APPLICATION DATE आवेदन तिथि	11/4/25	
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	Kenchach		AGE-YEARS आयु-वर्ष	65	SEX लिंग M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम	S/o Jakkach				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता Jakkachalli Biliqee (A) Kibbarchalli Jumbud (D) Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय Coolie			MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 15000/-			(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. स्वयं खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर गूँथी का निशान लगायें)					
Yes / No हां / नहीं					



pr op - part op
0200 - Kenchach

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	Rhagyama	46	F	P.T.

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) उपभोगिता 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 - Rt - Cataract Lt - Cataract
02	Surgery - Lt - Cataract + p.c.d.

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 ली गई सहायता राशी
1	DBU	2000/-

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया जा रहा है)

- 1) I hereby confirm that the details of this Form, and the purpose for which assistance is requested, are true and correct, and I have not provided any false information.
- 2) I sole hereby confirm that the assistance requested is for the purpose of the "purpose" for which assistance is requested, and I have not provided any false information.
- 3) I hereby confirm that the assistance requested is for the purpose of the "purpose" for which assistance is requested, and I have not provided any false information.

- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिए गए विवरण सत्य एवं सही हैं। यदि कोई भी झूठा/गलत जानकारी दी गई है, तो मैं इसकी जवाबदारी स्वयं से उठाऊंगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के लिए जो सहायता requested/प्रदान की जा रही है, उसी उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता चला है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "उद्देश्य" के लिए जो सहायता requested/प्रदान की जा रही है, इस सहायता का शीशक या सबल हिस्सा किसी अन्य डॉक्टर/विशेषज्ञ/बोर्ड/कमिटी से न हो लिया है और न ही भविष्य में ली जाए।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा किया)

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 in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अर्पण सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायोर्ध्व" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में धीरित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायी, पान, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे ज्ञान के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से धीरित है जुड़े सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम न्यायी के निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समस्त/दोनों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगीने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट करिश्क/सफल हेतु मन्सूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्स्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझा और अने जाने की पूरी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

(A unit of Sri Siddhanta Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

आंतरिक उपयोग हेतु

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

11/4/25

Dr. M. PAUTHRA MBBS,
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Sri Siddhanta Eye Care Trust)
Vasanthanagar Bangalore-52

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION
KNC NO-31507

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2