

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0425/0202

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

11/4/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Naralamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

H. Hanumaniah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sogachikatte

Ebbarahalli

Tumkur (n)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता

PR op - post op
0202 - Naralamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

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

या 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 सम्बंध
1	Hanumaniah	62	m	husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती 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 सबूत
---	---	---	---

"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 - prol + E - cataract
2	surgery - RE - cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लिया गया सहायता राशि
1	DIALS	9000/-

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा)

- 1) I hereby confirm that all contents in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my application & assistance voidable, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if requested 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, seek of reimbursement, in part or in full, from any source, for the purpose/expense/expense of the purpose for which such assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में मैंने, यहाँ घोषणा करने के लिए प्रस्तुत की गई जानकारी को सच और सही माना है। यदि कोई भी गलत जानकारी प्रस्तुत की जाएगी, तो मेरी सहायता निरस्त की जाएगी और मेरी आवेदनपत्र रद्द कर दिया जाएगा।
- 2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" को जो भी मदद मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी सहायता के लिए भुगतान नहीं कर रहा हूँ, न तो इसी उद्देश्य के लिए या किसी अन्य उद्देश्य के लिए।

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 it's 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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment 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 हस्ताक्षर या अंगुलि छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, एन, साधना/वा दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रश्न का निष्पत्ति मेरी इच्छा के पक्ष में या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से घोषित है, उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस के न्यासियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुलि का निशान

**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 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी 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 सारकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मामले में लेने का ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदत्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अधिकृत/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी प्रकार उक्त रोगी/मामले हेतु किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेवालेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो मैं सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल को होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Signature

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

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

(A unit of Bangalore Eye Hospital)

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/4/25

Dr. M. ANITHRA MOOS
MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पीटल का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.
Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Signature