

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:
आवेदन संख्या :

Blous 50221

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि 12/4/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Devaraj u

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

M

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

Slo Berarah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान स्थानों का नाम

R-61 - Koppaluk village - Kowdley - moddu,
taluk mandya distt karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान अवधारणा का नाम

OCCUPATION:
अवस्था

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थान आय संख्या

* ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
जो आप आय कर रहे हैं (जो आय हो उम्मीद वाली का निशान 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	chikkilamma	534	F	wife
②	Santhosh	334	m	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विवरित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) प्रधानमंत्री की सेवा प्रणाली पात्र (प्रधान पात्र की सेवा प्रधान संस्थान करो)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जल्दी आय की प्रणाली पात्र (प्रधान पात्र की सेवा प्रधान संस्थान करो)	Ration Card (Attach Copy) उपचारकारी पात्र (प्रधान पात्र की सेवा प्रधान संस्थान करो)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/हाईटर में आरोग्य की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न	
①	diagnosis	RI=cariback LI=cariback

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 राशि
①	DBS	1000/-



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.
- 1) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति मेरे लिये सभी विकल्प में से जागरूकी के अनुसार उपयोग नहीं होती है। यदि कोई विकल्प एवं काम अमर्याय पाया जाता है तो मेरी सहायता मिस्र की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा यो सहायता नाम "जोड़ीशिका फाउंडेशन", से जो जा रही है, उसका उपयोग उमीं उद्देश्य के तहत किया जाएगा, जो इस प्राप्ति में पड़ता है।
- 3) मैं पूर्णतः इसे कि यह सहायता हमें यह प्राप्ति की गई है, उस गारंटी का वारंगिक या सकल विभाग किसी अन्य योग्यनियोजक/बीमा कानूनी से न हो लिखा है और न हो भविष्य में चुना।

AGREEMENT by APPLICANT: (आवेदक द्वारा करा)

- 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 प्राप्ति पर अपने घोषणा का अंगते की ताप संग्रहक, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्णता करता हूं एवं "जोड़ीशिका फाउंडेशन" और उसके यात्रीयों " को अधिकृत करता हूं कि मेरा नाम, वार्ता, फोटो और जो विकल्प इस प्राप्ति में शामिल है, उसे "जोड़ीशिका" एवं नामी, दान, सहायता दूसरे उद्देश्य से नुहीं गठितिष्ठानों और उपराजितों के लिये किसी भी ब्रह्म साधारण से उपराजित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विकल्प में इतना के बाते या बदले या बदले के लिए "जोड़ीशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा नाम, वार्ता, फोटो और विकल्प वह कि सहायता के उद्देश्यों से अधिकृत है युही स्वरूप; सहायता का इकाया वही बनता। इस सम्बन्ध में "जोड़ीशिका" एवं उसके यात्रीयों का विशेष अंतिम और वापसीकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर का अनुग्रह का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्ताक्षर द्वारा करा)

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, उपराजितों की ओर से मानसिकोंगी को "जोड़ीशिका फाउंडेशन" में विलिय सहायता हमें विभागीय को जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) इस प्रकार से आनंद व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि मेरे सहायता और वह ही भविष्य में विलिय सहायता किसी गैर सहायता संस्थान का किसी अन्य संस्था से उक्त योगीयानां में लीजे या ले दें है, जैसे कि हमने "जोड़ीशिका फाउंडेशन" में विलियां/विभागीय उक्त के सम्बन्ध में "जोड़ीशिका फाउंडेशन" द्वारा बदल हमें कि है। यदि "जोड़ीशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विभागीय उक्त उक्त के जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सहायता संस्थान का विभागीय सम्बन्ध में सहायता लेने का अधिकार युक्ति नहीं है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विभागीय बदल उक्त योगीयानां से हमें किसी गैर सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थान से नहीं लेंगेनगें।
2. "जोड़ीशिका फाउंडेशन" में सी गई सहायता के लिये प्रक्रिया की चुनौती योगी एवं हस्ताक्षर के द्वारा का विषय है और "जोड़ीशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रखत नहीं है। इसकी अस्पताल में लेने के इतना सुधार और अन्य जाते की सही विभागीय योगी एवं हस्ताक्षर की होगी और "जोड़ीशिका" की कोई पूर्णता या विभागीय इस यात्राएं में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

सहीकरणी के लिए संस्कृति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Signature of Authorized Signatory
on behalf of hospital)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामी हस्ताक्षर 2