

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	Koshika foundation Building block of life.
APPLICATION No.: आवेदन संख्या :	BLO42510236	APPLICATION DATE: आवेदन तिथि:	12/4/25
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम		AGE-YEARS उमेर-वर्ष	F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/स्त्री का नाम	sayamma	60	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वासन्त अवासीय स्थान		150 chennappa	
Kowdley - Koppa Hobali maddur taluk. mandya distt karnataka		PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई अवासीय पल्ल	
OCCUPATION: व्यवसाय	Home maker	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (ज़वाहित)	Preop D236 Postop. sayam
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साझे संलग्न)	
PAN No.: स्थाई शुल्क संख्या			
DE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो स्वयं हो उस पर सही का निश्चय लगायें)			
FAMILY DETAILS परिवार जिवाण			
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उमेर (वर्ष)	Gender लिंग
①	Channappa	70y	M
Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनाशि आधार			
BPL Card (Attach Card-Copy) गविनी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (अमाय पत्र को लापा भरि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अट्ट आय वर्ग प्रमाण पत्र (अमाय पत्र को लापा भरि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) इपट्टेका कार्ड (प्रमाय पत्र को लापा भरि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साथ
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनाशि का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई आवेदन सही संलग्न		
①	Diagnosis:- IECIABR NE PCGOL		
Summary:- RE cat + PROT			
ASSISTANCE BEING AVALIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया तो?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVALIED तो गई सहायता राशी	
①	DBKL	3000/-	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा करें:

- 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 हूँ कि इस फॉर्म पर दिये गये सभी विवरण में मेरी जानकारी की अनुमति सह सर्व गती है। और कोई विवरण एवं काब्य आवश्यक तात्पुरता की जाती है।
 - 2) मेरे द्वारा जीवनात्मक योगी "कोशिका फाउंडेशन", मेरी जाती है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये विवरण जाकर, जो इस प्राप्ति में भाग नहीं है।
 - 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता देते वह कार्यालय की नहीं है, उस योगी का शाश्वत एवं सकल विस्तर की अन्य साहृदायिक/दीमा कार्यालय से न हो जाएगा है और न ही विवरण में जूँगा।

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 its Trustees to use/publish/pull-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 प्रत पर अपने हस्ताक्षर या गांठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पूर्ति करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उपरोक्त योगी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, और योगी जो विवरण इस प्रत पर दिये गए हैं, उसे "कोशिका" एवं योगी, उपरोक्त योगी द्वारा उद्देश्य में नुस्खे गोपनीयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार व्याप्ति या प्रतिक्रिया करने के लिये अधिकृत है। ये प्रत पर दिये गए उद्देश्य के लिये "कोशिका फाउंडेशन" या योगी अधिकृत है।
- (2) मैं (आवेदक) इस कारण से प्रधान हूँ कि मेरा नाम, पता, और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रतिक्रिया हैं युक्त स्थान, सहायता का हकदार नहीं बनता। इस व्याप्ति में "कोशिका" एवं उपरोक्त योगी का विस्तृत अधिकृत और कामकाली होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या गांठे का लियान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर 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.

इसका अधिकृत, हस्ताक्षरी की ओर से सहायता/योगी को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण सहायता देते विवरण की जाती है, जिसे इस (हस्ताक्षर) विषय प्रकार से याचन या स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न हो योगी और मेरी व्यक्तिगत विवरण सहायता देते विवरण की अन्य सहायता से उपरोक्त योगी/सहायता में लोटे या लें रहे हैं, जैसे कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से सिक्षायात्रा/विज्ञानी उच्चार के साथपर में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा योगदान देते कि है। ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता दियानी अधिकारी/योगी हैं युक्त मन्त्र नहीं किया जाता है कि अस्पताल किसी अन्य ऐसी सहायता से सहायता देते विवरण का अधिकारी सुनिश्चित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय योगदान उपरोक्त योगी/सहायता में है जैसे योगी/सहायता की विवरण या विवरण की अन्य सहायता में नहीं होती।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से लोटे या योगी सहायता को लेने वाले विवरण इसकी कोई विवरण नहीं है। ये विवरण एवं "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किये गए कारोबार का कोई व्यापार नहीं है। इसीलिये हस्ताक्षर में लोटे के इसका सुरक्षा और अपने जाने की सही विवरणीयता देती एवं हस्ताक्षर को होती है और "कोशिका" की कोई पूर्वानुमति या विवरणीयता इस व्यापार में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
उपरोक्ती के लिये संस्कृति

Mr. LAKSHMI PATHI

Senior Manager
OUTPATIENT BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasantha Nagar, Bangalore-52
FOR INTERNAL USE OF KOSHICA FOUNDATION
KMC No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामी हस्ताक्षर ।

S. S. Pathi

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामी हस्ताक्षर 2

Lakshmi Pathi