

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0625/0961

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

24/6/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Lokesh SR

AGE-YEARS आयु-वर्ष

45

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्ताक्षर का नाम

sp. Acharya

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sheegodha

Hanan (M)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

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 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 संबंध
1	Rathna	43	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति 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 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 - Cataract 2E - p.c.c.
2	Surgery - RE - Cataract + p.c.c.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी
1	DBCS	2000/-

PK op - post op
0961-Lokesh

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पात्र:

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्नपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से मेरी जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उम्मीद के अनुसार मेरी पुर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्नपत्र में बताया गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त पैसे का उपयोग, पूर्णतया या आंशिक रूप से, किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से पैसे को प्राप्त करने के लिए नहीं करूँगा।

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/pul-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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) जानने सहमत हो चुकता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दीये हैं, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, चर, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रसार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। वे प्रपत्र का विवरण में ज्ञात हो जाने या कर से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि प्रपत्र में उद्देश्य से दीये हैं, उनसे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेष्टक को समझाया जायेगा कि वे अपने



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.

हमारे अधिकृत, हमेशा की ओर से समझौते पर की "कोशिका फाउंडेशन" के वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को कहते हैं, कि हम (हमself) निम्न प्रकार से भयम व स्वीकार करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने में लेगी या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधिवत प्राप्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा चरण हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विधिवत अंतिम/सफल हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण प्राप्त होगी/प्राप्त होने में किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं होगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" को लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है: लेगी या हमself द्वारा ही नहीं अस्पताल या किसी अन्य उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी या हमself को बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमself में लेगी के द्वारा चुना और अपने जाने की सहायता/प्रक्रिया को पूर्व हमself की होगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या विमोचन हेतु हमself में नहीं होगी।

Mr. LAKSHMI PATHI N
 Senior Manager

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
Dr. M. PAVITHRA MBBS

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Chiddha Eye Care Trust)

(Name, Designation & Stamp of Responsible Laboratory on behalf of Hospital)

नाम व पद हमसुताम अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
(Name of Dr. & Regn. No. with stamp)
Vasudhanagar, Bangalore - 52

KMC No. 01567

SIGNATURE of TRUSTEE 1
 आर्य समाज ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
 व्यापारी हस्ताक्षर 2

Exchanged

[Signature]