

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)	 Koshika foundation Building Block of life.	
APPLICATION No.: B/0725/1115 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE: 10/7/25 आवेदन तिथि		
NAME of APPLICANT: Chandra आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 55	SEX लिंग F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Chinnamony पिता/कटुम्ब का नाम				
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: Nagathyalli, Coimbatore - Karnataka वर्तमान आवासीय पता				
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: [Blank] स्थायी आवासीय पता				
OCCUPATION: Coolie व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED		
TOTAL ANNUAL INCOME: 18000/- कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)		
PAN No. [Blank] पैन नंबर				
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं।)				
		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 से संबंध
1	Chinnamony	51	M	Husband
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें।)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किए गये निम्नी का उद्देश्य:				
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न			
1	Diagnosis - RE - cataract LE - cataract			
2	Surgery - LE - cataract + p.c.s.d			
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 लेई गई सहायता राशि		
1	DBCS	2000/-		

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण 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 घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में था।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं हूँ, इस राशि का व्यय किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 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 प्रकरण में अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को ग्राह्य करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके त्रुस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों, जैसे कि ऑनलाइन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, आदि, द्वारा प्रकाशित करें, जो कोशिका फाउन्डेशन और/या उसके त्रुस्टियों को दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउन्डेशन द्वारा प्रकाशित करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं होगा। कोशिका फाउन्डेशन के त्रुस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे 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 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं:

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीज को लेने का लक्ष्य है, बल्कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्देशित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अस्वीकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/विनिर्देशित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्देशित/अस्वीकृत हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो हस्पताल को सिफारिश/विनिर्देशित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु है।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई चलाइय या दवाइयों का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज सुझा और देने के सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होती हैं और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr M PAVITHRA

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52
KMC No 51567

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/7/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2