

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/ 0725/1260

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/11/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddaramu

AGE-YEARS आयु-वर्ष

40

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Eregowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Kachuramballi

Ramaraipeta (D)

Karnatak

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

— ee —

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू 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 सम्बन्ध
1	Sujatha	45	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"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 प्रीतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis- RE- cataract 4- cataract
2	Surgery- RE- cataract + p.c.d

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 की गई सहायता राशी
1	DBU	2000/-



PK op - post op
1260 - Siddaramu

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 यहीमा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन अथवा दावा गलत है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।

2) मेरी दावा जो सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जावेगा, जो इस प्रारूप में धारा गया है।

3) मैं यहीमा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एवम् का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीजिए।

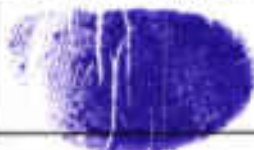
1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but 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 ओंठों की छाप लगाकर, ये (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि कराते हैं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत कराते हैं कि वेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में भर्षित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासीय, राज, राजराज या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपस्थितियों के लिये किसी भी प्रसार सामग्री से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। जो प्रश्न का विवरण जो दस्तावेज या पत्रों या कार्ड में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आपसे)क हूँ इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, गलत, छोटी और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे ज्ञात: सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके निर्माण का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आलेख के इच्छालु या खरीदों का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, इलाहाबादी की ओर से माफ़सल/दौरी को "कोशिका जादू-टोशन" से जितित सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमेशा) निम्न प्रकार से ध्यान में रखना चाहते हैं।

1) यह कि न तो संविधान और न ही परिषद में विधिवत सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उक्त रोगी/पाथर्न से लेने या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दि उक्त से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दि अतिरिक्त/अन्य हेतु मन्तु नही 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 मदर उक्त रोगी/पाथर्न हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नही लेता/लेती।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो गई सरासरी बोलत कितनी प्रकृति की है। ऐसी या हमसलत इस से गई सरासरी या कितने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमसलत से बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" इस किसी प्रकार का कोई रखाव नहीं है। इसलिए हमसलत में ऐसी का इलाज चुना और जाने जाने को जारी बिम्बेदारी ऐसी एवं हमसलत को छोड़ी और "कोशिका" को कोई उपचार या बिम्बेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Dr. M. PAVITHRA MBBS.

MS Consultant Ophthalmologist

Bangladesh Diabetes & Eye Hospital

unit of Shraddha Eye Care Trust)

Nir. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital)

DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE ONLY KASHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE: _____

ज्योती हलगाभा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2. **RESEARCH DESIGN**