

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **8/0825/1404** APPLICATION DATE : 11/8/25 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Padmashree** AGE-YEARS आयु-वर्ष **63** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम **w/o Pradyumna**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Kote Enalli Yamakaramasadi Beharum
Kanabaka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता
-11-



pre op post op
1404 Padmashree

OCCUPATION : व्यवसाय **Home Maker** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय **23,000/-** (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

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 लगायें) Yes / No हाँ / नहीं ☒ Yes

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 सम्बंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे 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) रसदस्ता 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 LE cataract
②	surgery RE cataract + PCICL

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 राशी
①	W.B.C.S	2000/-

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं तथ्यन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निराला की जा सकती है।
- 2) मेरी इना को सहायता राशि "कोशिका पाठ्यपुस्तक", से ले ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जावेगा, जो इस प्रकरण में भरा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का जौलिक या सार्वजनिक विभाग किसी अन्य छात्र/निर्वाचक/पीसी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

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/post-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 अंगूठा को छाप लगाकर, मैं (अर्थात्क) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउन्डेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोसिद्ध है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यासीय, चर, वाचना/या दूसरे उद्देश्य से मुझे प्रतिनिधित्व और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर को पढ़ने या बाद में करने के लिए "कोशिका काउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्थात्क) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे कल: सहायता का हवादार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" प्रथम उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेदक को इस्ताफा या अंगुठे का निशान



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.

इससे अधिकतर, हमारा ही को अंदर से बाधले/ऐसी को "कोशिका पडाइंग्स" से विविध सहायता हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही पवित्र में विविध सहायता किसी भी सरकारों संघर्ष या किसी अन्य स्वीते से उठाए रोटी/पापले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मिर्चाली/शक्तिगत उठाए से सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद सेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध अतिशय/सफल सेतु सम्भूर नहीं किया जाता है तो अमरातल किसी अन्य और सरकारों संघर्ष या किसी अन्य सम्साधन से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रहता है। इस श्रुति में स्पष्ट कहा जाता है कि अमरातल द्वितीय मरद उठाए रोटी/पापले सेतु किसी और सरकारों संघर्ष या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।

2. "कोशिका कायन्देशन" से तो गई महापरा संभव क्षितिज इच्छा की है। तंगी या हस्पताल द्वारा ही गई मलाशय या किने गये उपचार/प्रक्रिया का पुनरावर्तन एवं हस्पताल से कोश का विपणन है और "कोशिका कायन्देशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्पताल में तंगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की घड़ी जिम्मेदारी तंगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई पुष्टिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संसूति

Am. Pet.

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

118125

Dr. PREETHI. B.K

M.B.B.S. DO, FIGO, EPOS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Hospital)
Vasanthanagar, Bangalore

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्यामी हस्तशिल्प २