

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.



Pre op 'post op
1588 - Rangachari

APPLICATION No. : 0825/1522

APPLICATION DATE : 13/8/25

NAME of APPLICANT : Rangachari

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Rangachari

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : गुदनाहल, काकाबा (त) तुमर (त)

Tumkur (t) Kankabhat

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : Un Employed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(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 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 के साथ सम्बन्ध

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैक 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 किसे गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Diagnosis: RE - Gut + PCDOL
	RE - Gut + PCDOL
②	Surgery RE - Gut + PCDOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के 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 सी गई सहायता राशी
①	NBCS	2000

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

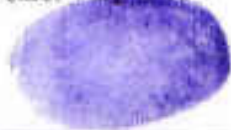
- DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - 2) I solemnly confirm that assistance, if received 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि की जा सकती है।
- 2) भोरे द्वारा जो सहायता एगि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अतिरिक्त या समकल हिस्सा किसी अन्य छात्र/निर्धन/अवस्थापक कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हदार्थ) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्‍यासीयों" को अधिष्‍ठित करता हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् त्‍यासी, एवं आवश्यक दुसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्ताव या प्रकाशित करने के लिए अधिष्‍ठित है। जो प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पथने या बाद में जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व त्‍यासी अधिष्‍ठित है।
- 2) मैं (अर्हदार्थ) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है पूर्णतः सहायता का हक्कदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्‍यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदन के हस्ताक्षर या प्रिंटेड नाम निम्नानुसार



AGREEMENT by HOSPITAL (KUPAH DIT. 1001)

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: _____ that financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as 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 अधिभूत, हस्ताक्षरी की ओर से मामले/दोषों को "कोशिका फायरिंग" से बिलिख सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसाल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- हमारे अधीनस्थ, हमसफरी की और से मामले/दोष को "कोशिका फाउन्डेशन" से विधिवे सहायता हेतु रिफर करने का ज्ञात है, जिसे हम (हमसफरी) को रिफर करने के लिए तैयार हैं।
- 1) यह कि न तो चॉपिंग और न ही पब्लिशिंग में विधिवे सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रंगी/मामले में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारित/विधिवे उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विधिवे आर्थिक/सफल हेतु भन्मुख नहीं किया जाता है तो अल्पतः किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अल्पतः द्वितीय मदद उक्त रंगी/मामले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेगी।
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या सहायता केवल विधिवे प्रकृति को है। रंगी या हमसफरी द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं हमसफरी के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमसफरी में रंगी के इलाज सुरक्षा और अन्य कार्य को सभी जिम्मेदारी रंगी एवं हमसफरी की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
- A. S. S. S. S.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

DIABETES & EYE HOSPITAL
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
(A unit of Shree Eye Care Trust)
Dr. V. S. Kulkarni, Director
Vasahatkar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S., D.O., FIGO, FPOS
Specialist Obstetrics and Paediatrics
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का पत्र व हस्ताक्षर से प्रिंट व

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक दायणीय हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्तक्षर ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्यासी हस्तक्ष 2

Exempel

12/28