

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0925/1701** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **02/09/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम: **Narayana,** AGE-YEARS मास-वर्ष: **54** SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नी का नाम: **Shri Rangiah,**



1701 Narayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: **Chikkavanathur, Suliguchusha, Tumkur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: **Kunjal, Kachnataka**

OCCUPATION / उद्योग: **unemployed** MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या): _____ RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): (आय कर दाता हैं/हैं नहीं) Yes / No: Yes / No

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 आवेदन के साथ संबंध
①	Vasanthi	18yrs	Female	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत सिद्धि अनुरोध			
<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / पीपीएल कार्ड के प्रमाण प्रतिलिपि (आय कर की जानकारी के बिना)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर की जानकारी के बिना	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोजन कार्ड (आय कर की जानकारी के बिना)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु सिद्धि मांगे जाने वाले उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य रिपोर्ट/प्रातिबंधन प्रतिलिपि संलग्न
①	Right RE - cataract Lk - cataract
②	Glaucoma, RE - p.c.c.p. + cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / की गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं मानकर गलत जानकारी दे दी जाएगी तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
 - 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता मिले, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
 - 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या इसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता लेऊँगा और न ही बीमा के माध्यम से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी को मेरे नाम, पता और "उद्देश्य" का प्रचार-प्रसार, दानों को जुटाने के लिए, कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी देना और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी देना के लिए कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरे उपचार के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
 - 2) मैं (अर्शिका) आगे भी सहमत हूँ कि मेरे नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा ही किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी का इस संबंध में अंतिम और स्वीकार्य निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- Under the signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we 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.
- इसके अंतर्गत, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षरकर्ता द्वारा इस मामले/रोगी को कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उन्हीं के नाम से ही प्राप्त कर सकते हैं।
- 1) यह कि न तो कोशिका फाउंडेशन से न ही किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का हमें अधिकार है, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की जाती है। यदि कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की जाती है, तो हमें अपने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार कोशिका फाउंडेशन द्वारा सिफारिश की गई प्रक्रिया/उपचार हेतु चुना नहीं गया है। रोगी का उपचार रोगी और हॉस्पिटल के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं है। अतः, हॉस्पिटल को उपचार के लिए पूर्ण और संपूर्ण जिम्मेदारी और सुरक्षा का उत्तरदायित्व लेना होगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
अर्शिका की तारीख
01/01/25

M.B.B.S., D.O., M.D., F.P.O.S
Specialist Cataract and Pediatric
Ophthalmology
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम: **हस्ताक्षर 1**

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम: **हस्ताक्षर 2**

[Signature]