

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन संख्या: **B/0925/H02**

APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **21/09/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला: **Honnalal**

AGE-YEARS मासु-वर्ष: **70 years**

SEX लिंग: **male**

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवासी पता: **Naripal Yata Kadabalu Hulsigundurga Koenataka Kumbhal Taluk Tumkur**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवासी पता: _____



OCCUPATION / व्यवसाय: **Unemployed**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: _____

(Attach Proof of Income) / आय का प्रमाण संलग्न करें

PAN No. (आय कर पहचान संख्या): _____

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आय कर देते हैं (जो मानें उसे चिह्नित करें): 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 करे वाले के साथ संबंध
1	Jayakumarlal	33 years	Male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन करना

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) / परिवार के वित्त प्रमाण पत्र (अनुसूचित वर्ग की जाति प्रमाण पत्र)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण पत्र (अनुसूचित वर्ग की जाति प्रमाण पत्र)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / उपभोग कार्ड (अनुसूचित वर्ग की जाति प्रमाण पत्र)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / कारण हेतु निवेदन करने का उद्देश्य:

Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/पेशिया संलग्न
1	diagnosis. RE - cataract LE - cataract
2	surgery. RE - pteryg + cataract

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है या नहीं से विज्ञापित करें

Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / की गई सहायता राशि
1		

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा उद्घोषणा):

- 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 rescission/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 यहाँ उद्घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं उद्घोषणा किया गया है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ उद्घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन" से मिले हुए पैसे, उनका उपयोग केवल उद्घोषणा की दुरुई के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ उद्घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके लिये कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में ले सकूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/jul-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 (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को मेरे नाम, पता, फोटो और उद्घोषणा के लिये उद्घोषणा की गई "उद्देश्य" का उपयोग करने के लिये मेरी छवि और विवरणों का उपयोग कर सकते हैं। यह उपयोग मुझे मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण निर्वहन के बाद भी जारी रखा जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्घोषणा के लिये उद्घोषणा की गई "उद्देश्य" का उपयोग करने के लिये "कॉशिका फाउंडेशन" के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):

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 entire & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

यहाँ उद्घोषणा करके, हमारी ओर से यहाँ उद्घोषणा की गई "उद्देश्य" के लिये उद्घोषणा हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) वित्त प्रपत्र से प्राप्त न कर सकेंगे।

1) यह है कि हम अभी या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्त प्रपत्र के लिये उद्घोषणा नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हम "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्त प्रपत्र के लिये उद्घोषणा कर रहे हैं। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा उद्घोषणा की गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम अन्य स्रोतों से उद्घोषणा कर सकते हैं। यह उद्घोषणा अंततः यह स्वीकार करती है कि हॉस्पिटल वित्त प्रपत्र के लिये उद्घोषणा करेगा और "कॉशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मिली गई सहायता केवल वित्त प्रपत्र के लिये है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के लिये हमें अपने रोगी/रोगिणी का चुनाव करने का पूरा अधिकार है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश की गई सहायता के लिये उद्घोषणा करने के लिये हॉस्पिटल को पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकार्यता के लिये सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Sreechandra Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

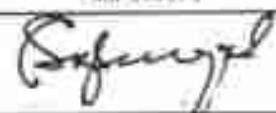
Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

2/10/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका पंजीयन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर



SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

