

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :
आवेदन संख्या : B/0925/1716

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि 2/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम Mahadevamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष 55

SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
पिता/पति का नाम W/o kabalegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता
Hammigam halli Kurnakapur Taluk

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता
Ramnagar District Kurnataka

OCCUPATION :
व्यवसाय Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय 23,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. प्राप्त खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न 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 से संबंध
①	kabalegowda	59	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवकाश के सिरे विधि आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) महोदी रेशन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रसुनकारी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Bank/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गए निम्नो 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 LE cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 राशि



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पत्र)

- 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य नहीं माना जाता, तब यह सब है कि उसे वापस लेना भी संभव है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस वापस हेतु मैं कहीं भी नहीं जाऊँगा, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से पूरा किया है और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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) (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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" को प्रचारित करने के लिए पूर्ण रूप से सहमत हूँ कि कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरे नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जा सकता है, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 2) मैं (आवेदक) और सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से वापस के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण को किसी भी अन्य स्रोत से वापस के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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.

इसमें अधिष्ठाता, हॉस्पिटल की ओर से पत्र/लेखों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) जिन प्रश्नों में सत्य व सही मानते हैं।

1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त कर सकते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वापस के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त किया जा सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिलती है, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>2/9/25</p>	<p>Dr. PREETI B M.B.B.S., D.O., F.I.C.C., F.P.S.C. Specialist Ophthalmologist and Pediatric (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) हॉस्पिटल की ओर से हस्ताक्षर व तारीख</p>	<p>Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager QUIRGAH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Authorized Signatory</p>
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 आवेदक 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 आवेदक 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---