

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1726

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narayana

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

s/o Anayappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H. Chellaballi, Hebbari

Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- 4 -



pre op post op

1726 Narayana

OCCUPATION :

व्यवसाय

Carpenter

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

30,000/-

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

Attach Proof of Income

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त होना

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर का दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
①	N. Devanarayana	30	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का प्रमाण प्रस्तुत करें (अवकाश पर की जाय प्रमाण प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार का प्रमाण प्रस्तुत करें (अवकाश पर की जाय प्रमाण प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Card Copy) रसदंड कार्ड (अवकाश पर की जाय प्रमाण प्रस्तुत करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई दवाइयों की सूची प्रस्तुत करें
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + PCOL

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 ली गई सहायता राशि

DECLARATION BY APPLICANT: ☐ YES ☐ NO

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.

- DECLARATION BY APPLICANT: **उत्तर** (1) **क्या हाँ** (2)
- 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 कब्जा हूँ कि इस प्रश्न में जिसे मैंने 'हाँ' कहा, मेरी जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई विचार एवं कथन झूठा पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का आश्वासन दूँगी "यदि कोई सहायता" है, तो मैं उसे सही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में सच था।
- 3) मैं यहाँ कब्जा हूँ कि मैं इस सहायता से कुछ भी वापस नहीं करूँगी, न ही भविष्य में, किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही निरस्त हो और न ही किसी भी स्रोत से।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 its 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 उत्तरों पर अपने हस्ताक्षर, मैं (अर्क्षक) अपनी तस्वीर की छाप करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विषय इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोशिका" द्वारा पत्रों, पत्रिकाओं द्वारा इंटरनेट से मुझे प्रोत्साहित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का निराकरण मेरे उत्तरों के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी अधिकृत है।

2) मैं (अर्क्षक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को कि फाउंडेशन को प्रोत्साहित से अधिकृत है मुझे नहीं। फाउंडेशन का उत्तर देने के बिना "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत और सम्भवता होगा।

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, so 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 coordination 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/modality 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 अतिरिक्त, हमारी ओर से स्वास्थ्य सेवा के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमself) विश्व स्तर पर मान्य व प्रमाणित करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा कर्मचारी या मेरी संस्था किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगिणी के लिए या उनके परिवार के लिए कोई भी वित्तिय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" को वित्तिय सहायता प्राप्त करने का अनुरोध किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वित्तिय सहायता नहीं दी जाती तो हमें अपने स्वयं के धन से या किसी अन्य संगठन या किसी अन्य व्यक्ति से वित्तिय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि आगामी दिवसों में उक्त रोगी/रोगिणी हेतु किसी भी अन्य संगठन या किसी अन्य व्यक्ति से वित्तिय सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी वित्तिय सहायता प्राप्त होती है, उसे मैं/हमself या मेरे/हमें सभी उपचार/प्रक्रियाओं का शुल्क देने एवं भुगतान करने का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भुगतान नहीं है। इसलिए हमself/हमें अपने/हमारे सभी व्ययों को अपनी जेब/जेबों से ही भुगतान करेंगे और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

Date of Surgery जोखन की तारीख 4/9/25	RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE Dr. श्री. लक्ष्मी के लिए संस्तुति MR. R. LAKSHMI, FRCO, FRCO Specialist Ophthalmic and Pediatric Ophthalmologist (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) जोखन की तारीख व इलाका के लिए	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shree Eye Care Trust) (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी इत्यादि ।

ज्यामिती इत्यादि २