

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0925/1731

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rahath

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

48

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Jadhav

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

H. NO 13 13th E Cross Padubeyang

-Pune Bangalore Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

-11-

pre op post op
1731 Rahath

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Making

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर 'हाँ' का चिह्न 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Diagnosed RE catraction + LE catraction
②	Surgery RE catraction + pector

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 तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा घोषणा करें)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statements 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र एवं मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल मेरी प्रपत्र में दिये किए उद्देश्य, के लिए ही प्रयोग में लाया जायेगा।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं किसी भी तरह से, इस रकम का भुगतान या वापस मिलान किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न कर रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शिक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउण्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, तस्वीर और मेरे विवरण इस प्रपत्र में जोड़े हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा प्रचारित करने के लिए प्रयोग में ला सकते हैं। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" को मेरी सहायता के लिए मेरी तस्वीर और मेरे विवरण का उपयोग करने से पहले या बाद में मेरी सहायता के लिए "कोशिका फाउण्डेशन" से सलाह लेनी चाहिए।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और विवरण के बिना सहायता के प्रदान करने के अधिकार केवल "कोशिका फाउण्डेशन" के भरोदारों के पास हैं। सहायता का प्रदान नहीं करना इस मामले में "कोशिका" द्वारा ली गई सलाह का अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

- 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:
- 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर के द्वारा, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में सहायता के लिए घोषणा करते हैं:
- 1) यह कि हम वर्तमान में और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रयोग में ला रहे हैं। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" हमें सहायता नहीं देता है, तो हमें अपने वित्तीय अंतर को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना हमें "कोशिका फाउण्डेशन" से सहायता के लिए प्रयोग में ला रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार प्रदान करने का अधिकार केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो कि "कोशिका फाउण्डेशन" से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण जिम्मेदारी लेनी चाहिए और "कोशिका फाउण्डेशन" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/9/25

DR. PREETHI, B.A.
M.B.B.S., D.D.O., F.F.S.
(Name of Dr. & Regs. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का डॉक्टर का नाम और छाप

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name of Authorised Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदा 2