

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		AGE-YEARS मातृ-वर्ष	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम		SEX लिंग	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता			
OCCUPATION : व्यवसाय		MARRED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. : आय कर पहचान संख्या			
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय करदाता हैं (जो मध्यम हो उसे पर चिह्नित करें)		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
1	Munishreddy	74	M
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विवृति आधार			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Reason/Proof अन्य कोई प्रमाण
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य:			
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आपका/आपकी डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया भूमी संलग्न		
1	diagnosis RE cataract LE cataract		
2	surgery RE -cataract + p.c.i.o.l		
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है?			
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो यह सहायता रही	

Koshika
foundation
Building block of life

pre OP post OP
17.82 Savithamma H V

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☐ NO ☐ OTHER: _____

- 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 पर गारंटी करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कसम असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसकी गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग करने केवल उसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में उल्लेख किया है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके किसी भी हिस्से के, उस राशि का कोई भी या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या से प्राप्त नहीं करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and title)

- 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/put-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 is the regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न का जल्ने हलफना या जल्ने की बात लगाना है। (जल्नेक): जल्ने बखरी की मुक्ति बरत हूँ जल्ने "बोडिका फाउंडेशन और उसके जल्नेकी" को जल्नेक बरत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वो बिस्वस इस प्रश्न में बोडिका है, जल्ने "बोडिका" बरत जल्ने, पता, बरत/बरत दुसरे उद्देश्य के मुक्ति लक्षितियों और जल्नेकी के जल्ने किसी भी बरत लगाने के जल्नेक बरत के जल्ने जल्नेक है। वो प्रश्न का बिस्वस की हलफ के जल्ने या बरत के जल्ने के जल्ने "बोडिका फाउंडेशन" व जल्ने जल्नेक है।
- 2) मैं (जल्नेक) इस बात से जल्नेक हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिस्वस को कि हलफना के उद्देश्यों के जल्नेक है मुक्ति लक्षितियों के जल्नेक है। हलफना का हलफना नहीं बरतना। इस जल्नेक में "बोडिका" जल्ने जल्नेक जल्नेकी का बिस्वस जल्नेक और जल्नेकरी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

CONCLUSIONS



AGREEMENT by HOSPITAL (XXXXX DO NOT)

By affixing her/his/their 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 ask 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.

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

मन्त्रीकांती चो लिपु मंगलुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Strabbe Eye Care Trust)

Mananthavargur, Bangalore-52

25-1016-52

Data of Surgery
patients and notes

100

6/9/25

(Name of the X-Base No. with Stamp)

संस्कृत-भाषा-विभाग, दिल्ली विश्वविद्यालय, दिल्ली-११०००७

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE :

— 300 —

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथैवमस्मिन्