

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(सहाय्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/0925/1743

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Ranganach

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

67

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Ranganach

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

Doddahalli Mahagunahalli Mayasandhana

Hobli Turuvekere Taluk Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थाय आवासीय पता

District, Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

* आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा कार्ड प्रमाण पत्र (आधार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (आधार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (आधार पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE.

सहायता हेतु किसे करने विवरी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/वैद्यक से जारी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी आवेदन रिजक्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता पूर्वक "बोशिका फाउंडेशन", से भी कह रहा हूँ, प्रत्येक प्रत्येक मेरी प्रत्येक की पूर्णता के लिए किया जायेगा, जो इस प्रश्न में माग रहा है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से इस प्रत्येक की पूर्णता, इस प्रश्न का अंशिक या पूर्ण विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और मैं इस प्रत्येक में शामिल हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकृति)

- 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/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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में शामिल हैं, जो "बोशिका" समूह, पत्र, प्रकाशन, दूरदर्शन, रेडियो, वीडियो, ऑनलाइन और ऑफलाइन के माध्यम से मेरी छवि को प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। वे इस बात को विचार कर सकते हैं कि वे मेरी छवि को प्रसारित करने के लिए "बोशिका फाउंडेशन" में अपनी स्वीकृति हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि प्रत्येक के अंतर्गत से प्रसारित है मुझे पता; प्रत्येक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रत्येक में "बोशिका" समूह अपने भरोसे का निर्माण और उपयोग करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक का दस्त

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/यहाँ की "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि यह (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न से मान्यता प्रदान करेगी:
- 1) यह कि मैं या मेरा अर्शक और मैं ही अर्शक से वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की प्रत्येक या किसी अन्य स्रोत से इस प्रत्येक के लिए नहीं ले रहा हूँ, जो कि मैं "बोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश के माध्यम से "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त कर रहा हूँ। यदि "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अर्शक/प्रत्येक हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि प्रत्येक सिफारिश करने वाले को सहायता प्रदान करने हेतु सिफारिश की जाती है।
2. "बोशिका फाउंडेशन" से ही मैं या मेरा अर्शक केवल वित्तीय सहायता की है। मेरी या हमारा प्रश्न की यह सहायता कि मैं या मेरा अर्शक/प्रत्येक का प्रत्येक मेरी या हमारा प्रश्न को सहायता प्रदान है और "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रत्येक नहीं है। इसलिए हमारा प्रश्न को सहायता प्रदान और प्रदान करने की सभी जिम्मेदारियाँ मेरी या हमारा प्रश्न की होती हैं और "बोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ प्रदान करने में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की स्वीकृति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/9/25

Dr. J. K. B. K.
M.D. (Surgical) FRCGS FRCR
General Surgeon and Pathologist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH CLINIC
DIABETES & EYE CARE
BANGALORE

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION
(A part of SMadcha Eye Care Trust)
BANGALORE-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक भरोसे

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक भरोसे