

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B / 0925 / H4-6

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Venkatakishammam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सुख का नाम

w/o Venkatesh Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास

Bellacher Kovahalli Tondanav

Channarayana District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

- 11 -



pre op post op
1746 Venkatakishammam

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

26,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. : टैक्स का प्रमाण

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य 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 के साथ सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

SPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे (प्रमाण पत्र की साथ जो संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ जो संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य-कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ जो संलग्न करें)	Any Other (Attach Proof) किसी और प्रमाण
---	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार सूची संलग्न
1	Diagnosis RE cataract
2	LE cataract
3	Surgery RE cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ले रहे सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरास एवं झूठ का दावा किया जाये तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिली सहायता, केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये लिये जायेगी, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में इस सहायता के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 fulfilment 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 (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके भरोसे "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करने के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, जिसे "कोशिका" ट्रस्ट, भरोसे, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से किसी भी माध्यम से इकट्ठा करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरे इलाज के पूर्ण से पहले या बाद में मेरे उद्देश्य के पूर्ण से पहले "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्जन के लिए है। मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" ट्रस्ट, भरोसे, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह के माध्यम से इकट्ठा करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

6/9/25

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- By affixing her/his signature, 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए या तो कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता हेतु सिफारिश करने के लिए अधिकृत है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और सुरक्षा के मामले में हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

6/9/25

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/9/25

Dr. PRADEEP B. S.
MBBS, DNB, FICO, JPOS
General Surgeon and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नंबर

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(OUTREACH-BANGALORE)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shroddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोसे हस्ताक्षर 1

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोसे हस्ताक्षर 2

Safar