

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Stock of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1747

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chikkamaraikku

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/O Dasappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : निम्न निवासी पता

Chankamillehalli, Thondabai

Choukibidamur, Chikkaballapur District
Kannakur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासी पता

-11-



pre OP post OP

1747 Chikkamaraikku

OCCUPATION :

व्यवसाय

Cooker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

24000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन संख्या दर्शाएं

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न काटें):

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 से क्या संबंध
①	Muni kummar D	40	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आधार के तहत निम्न विकल्पों में से चुनें

BPL Card (Attach Cert. Copy) गरीबी रेशा के तहत प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Nation Card (Attach Copy) राष्ट्रियता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न लक्ष्य किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ी गई जानकारी पूर्ण प्रमाण
①	Diagnosis R.E. cataract LE. cataract
②	Surgery R.E. cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रस्ताव में लिखे गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाये या यह सच है कि कोई गलतफहमी किसी भी प्रकार उत्पन्न हो, तो मैं इस प्रस्ताव को वापस ले लूँगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी सहायता के लिए मुझे कोई भी धन या वस्तु प्रदान करेगा, जो कि केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के लिए ही प्रयोग किया जायेगा।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी प्रकार की वापसी नहीं करूँगा, न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही किसी भी अन्य स्रोत से।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका 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/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 प्रस्ताव पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपने स्वीकृत और अधिकृत "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रस्ताव में उद्देश्य के लिए, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ, के माध्यम से, जिसमें कि लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। मेरी छवि और विवरण का इस प्रकार का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतया पूर्ण होने से पहले या बाद में कोशिका फाउंडेशन द्वारा किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के उद्देश्य के लिए उपयोग करने से मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं मिलेगा। सहायता देने का फैसला कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी ही करेंगे, और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका के हस्ताक्षर या बाएं 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से परमार्थपूर्णता को "कोशिका फाउंडेशन" के लिए सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव में सहायता नहीं करेगा है।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, क्योंकि हम कोशिका फाउंडेशन से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं। यदि कोशिका फांडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस पुष्टि के अंतर्गत यह स्वीकार किया जाता है कि कोशिका फाउंडेशन केवल वित्तीय सहायता प्रदान करेगा और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार द्वारा दी गई सहायता से निर्धारित नहीं किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई फैसला नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल के द्वारा दी गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है और कोशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery
अपरेशन की तारीख

6/9/25

Dr. PRZETHI. B.K
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सीलMr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH DIAGNOSTIC
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
(नाम और हस्ताक्षर)

Safar

Vasanthanagar, Bangalore-52
(नाम और हस्ताक्षर)

S. R. E.