

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building trust of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1748

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Venkateshreddy B.V

AGE-YEARS आयु-वर्ष

67

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Venkatesh Reddy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Thondebawt Chaudhidiwale

Chikballapur District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता



pre op Post op
1748 Venkateshreddy

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रमाण)

PAN No. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगायें):

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	Sanyu kamma	57	F	wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किस आधार पर

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जायेगी)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (आय पर की जांच की जायेगी)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (आय पर की जांच की जायेगी)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी की गई की रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन
①	Diagnosis RE cataract LF cataract
②	Surgery RE cataract + ptol

ASSISTANCE BEING AWARDED 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 AWARDED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: I/We declare that the information furnished is true and correct.

- DECLARATION BY APPLICANT: **जिसे मैं करना हूँ:**
- 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 Kaushika 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 प्रश्न में दिए गए सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं कथन गलत साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- (2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कौशिका फाउंडेशन" से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बता रहा है।
- (3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो निशाना लूँ और न ही क्षतिपूर्ति में शामिल हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 200-200)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 द्वारा मैं अपने इलाका या जहाँ की बात बता रहा हूँ (आवेदक) अपने स्वामी की कुछ बातें हैं जहाँ "कोशिका फाउंडेशन को इसके स्वामी" को अधिकृत बात है कि वे मेरा नाम, पता और मेरे विवरण इस दस्तावे में प्रकाशित हैं, उसे "कोशिका" समूह द्वारा, दान, समर्थन या दूसरे उद्देश्य से मुझे वित्तियत को वित्तियत में होने किसी भी प्रकार मेरे इलाके को मेरे लिए अधिकृत है। मेरे इलाके का विवरण मेरे इलाके को अपने या कर या करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के स्वामी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पता और विवरण को कि जिसका मैं उद्देश्य से अधिकृत है मुझे प्राप्त: स्वामी का अधिकार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" समूह अपने स्वामी का निर्णय अधिकृत और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आपके बच्चे को सुरक्षित रखें।

AGREEMENT by HOSPITAL (ENTER DR. NAME)

By affixing the signature of our Authorized 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. The 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.

इससे अधिकतर, इसकाफ़ी की ओर से आन्दोलनों को "अतिशय पराजित" में विचारित किया जा रहा है, जिसे हम (असफल) विचार प्रसार में समर्थ नहीं मानते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अग्नीष्मन्ति ॥ १ ॥

Date of Surgery
minutes left

6/9/25

Dr. PREETHI B.V.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHMINIPATHI N

Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
OUTREACH DIABETES & EYE HOSPITAL

Santhi Shiksha Eye Care Trust
Vasanthnagar, Bangalore-62

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Shradha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE:

संस्कृत-संस्कृतम् ।

Exchanged

References

Figure 1

list