

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building More of Life

APPLICATION No.: 8/0725/1759

APPLICATION DATE: 09/09/25

NAME of APPLICANT: Shrinivasappa

AGE-YEARS जन्म वर्ष

72

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o. Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: पार्थिव अवस्थित पता
Panagalli village of Post, Chikmagalur Taluk, Channarayana

Foundation

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी अवस्थित पता

OCCUPATION: Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. पैन नंबर प्रस्तुत करें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उसे या सभी का चिह्नित करें)Yes / No
हाँ / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):
सहायता के लिए निम्न आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक़ा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे या निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि
①	Diagnosis - RE Contract
	LE PCTOL
②	Diagnosis - RE Contract

ASSISTANCE BEING AWAIRED 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 AWAIRED जो मिल रहा/रही है

Pic of
ShrinivasappaPost of
1759

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 & on-going assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Krestika 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 कह रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बतलाया गया ज्ञात है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।

2) मैं यहाँ पर अवश्य प्रति "कोई एक कारण" के तहत कह रहा हूँ, जिसका उपयोग इसी कारण को पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में कहा गया है।

3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की राशि को नहीं ले, उसे यदि मैं जहाँ-कहाँ या किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से या किसी और से भी किसी भी स्रोत से प्राप्त करूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 रूप में मैंने सहमत हो चुका हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रश्न में उल्लेख है, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, घर, कार्यक्रमों के माध्यम से मुझे उपलब्ध और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार के प्रचार करने के लिए उपयोग है। मेरे द्वारा यादों के प्रचार के माध्यम से यादों के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के माध्यम से अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस रूप में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि कोशिका में उपयोग के अधिकार है मुझे देना। कोशिका का अधिकार नहीं करता। इस रूप में मैं "कोशिका" द्वारा यादों के माध्यम से किसी भी प्रकार के प्रचार करने के लिए।

आवेक के हवाला से ओही का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 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 ओर से समारोही को "कोशिका फाउंडेशन" में निम्न प्रमाण हेतु विपरीत को मान्य है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से चर्चा व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि मैं तो सर्वथा और मैं ही अकेल ही निम्न प्रमाण किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं कर रहे हैं, क्योंकि हमने "कोशिका फाउंडेशन" में निवेदन किया कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रमाण किसी व्यक्तिगत रूप से प्राप्त नहीं किया जा रहा है तो हमारा किसी अन्य या किसी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट बात यह है कि हमारा द्वितीय चरण प्राप्त नहीं करने हेतु किसी भी अन्य स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना चाहिए।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मुझे समस्त प्रमाण निम्न प्रकृति को है। मेरी या हमारा द्वारा दो नव प्रमाण या बिना नव प्रमाणों के प्राप्त हो चुका है। यह हमारा संस्था का नियम है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिए हमारा ही मेरी व हमारा प्रमाण और जाने जाने को नहीं मिलेगी मेरी एवं हमारा को होने और "कोशिका" को कोई प्रमाण या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेनी।

[Signature]

सभीकाली के लिए संस्कृति

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

09/09/25

पञ्चांग क. मास १९ इन्द्रावा ३ तिस्रि ६

地址：上海南京路 55 号 5 楼 505 室 邮编：200001

SIGNATURE of TRUSTEE 2

Exempel

lieve