

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building peace of life

APPLICATION No.: 8/0925/1765

APPLICATION DATE: 09/09/25

NAME of APPLICANT: Rakshama

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

38

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: W/o Vignesh Gowda.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास स्थान)

Mallanahnapur, Channarayana (P), Kaimotaka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: (स्थायी निवास स्थान)

Pr OP
RakshamaRes OP
1765

OCCUPATION: Home maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

(Attach Proof of Income)

कुल वार्षिक आय

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

Yes / No

हां/नहीं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

हां / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
①	Vignesh Gowda	48	M	Husband
②	Shreyas	19	F	Daughter
③	Trivanya	15	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)	Any Other Basic/Proof आयु वर्ग का प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ की गई प्रमाणित प्रतियाँ
①	Diagnosis - RE Cataract. LE P.T.O.L
②	Surgery - RE Cataract.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 प्रस्ताव में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होता है तो मेरी प्रस्तुत प्रार्थना को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रार्थना में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रस्ताव में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न कोई रीबाई/रेफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 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/dupl-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 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 प्रस्ताव पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रस्ताव में उल्लेख की गई "उद्देश्य" के लिए सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी माध्यम, जिसमें लिखित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक, वगैरह शामिल हैं, के माध्यम से दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्तियों के बारे में जानकारी फैलाने के लिए मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं। इस सहमति के बाद भी मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता आवश्यक है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का किसी भी माध्यम से उपयोग मेरी सहायता को जारी रखने के लिए स्वतः अधिकार नहीं देता। सहायता देने या उसे जारी रखने का फैसला केवल कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी के पास होगा, और उनका निर्णय इस मामले में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL** (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

- 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.
- हम यहाँ घोषणा कर रहे हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव में सहायता नहीं ले रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता ले रहे हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता नहीं मिलती है। यदि सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के माध्यम से हम यह स्पष्ट कर रहे हैं कि हमारे पास इस मामले में कोई भी दोष नहीं है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे द्वारा रोगी पर उपचार/प्रक्रिया का चुनाव केवल रोगी और हमारे बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसलिए, हमारे पास रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होती है और "कोशिका फाउंडेशन" को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत व्यक्ति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shroddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

09/09/25

Dr. PREETHI, B.K.

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

हॉस्पिटल का नाम और डॉक्टर के नाम के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2