

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
foundation  
Building block of life

APPLICATION No.: 8/0925/1766

आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE: 09/09/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Mahadevamma

आवेदक का नाम

AGE/YEARS मातृ-वर्ष

45

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME: N/o (L) Gueumallappa

पिता/सहस्रपुत्र का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Lingappa Street, Yashwanthpur, Channarayana, Ch. K. R. Nagarajapuram, Ch. K. R. Nagarajapuram, Ch. K. R. Nagarajapuram.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



OCCUPATION: Unemployed.

व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. जारी किया गया

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

क्या आप आय कर कादा हैं (को मान्य हो उस या नहीं का चिह्नित करें)

Yes / No

हां / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| ①                      | Shankaramma                                       | 45                         | F              | Daughter.                                 |
| ②                      | Mahadevappa                                       | 52                         | M              | Son-in-Law.                               |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए कितने आधार

|                                                                                                        |                                                                                                           |                                                                                    |                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गोरी रिकार्ड के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें) | BWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय कर की प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्य कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु कितने गरीबी निवृत्ति का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>आयुर्वेद/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित दवा प्रमाण |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis - RE cataract                                                                     |
|                        | LE cataract                                                                                 |
| ②                      | Diagnosis - RE cataract                                                                     |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>कितनी राशि सहायता मिली |
|------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |
|                        |                                           |                                                              |

**DECLARATION by APPLICANT:** (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बताया गया होगा तो उसे ग्राह्यता फॉर्म को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी व्यापक हेतु या उद्देश्य को नहीं है, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न मिले और न ही सहायता के लिये।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या मुद्रा छोड़कर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से इकट्ठा करने के लिये उपयोग करे। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन और/या उसके गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिये किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फांडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी माध्यम से उपयोग में लाया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक की हस्ताक्षर या बाएँ 엄지 انگुठा का निशान

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

- 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 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.
- हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रपत्र में सहायता के लिये "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश करने के लिये स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम (हॉस्पिटल) न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने के लिये स्वीकार करते हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश करने के लिये स्वीकार करते हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम (हॉस्पिटल) अपने अधिकारों का उपयोग करके शेष राशि को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने के लिये स्वीकार करते हैं। इससे स्पष्ट है कि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं की जायेगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं की जायेगी। उपचार का चुनाव और/या प्रक्रिया कोशिका फाउंडेशन द्वारा प्रभावित नहीं की जायेगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकार के लिये सिफारिश

**Mr LAKSHMIPATHI N****Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation &amp; Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shree Narayana Eye Care Trust)

**Vasanthnagar, Bangalore-52**

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

डॉ. प्रमोद कुमार शर्मा

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

आवेदक द्वारा

**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

आवेदक द्वारा 1

**SIGNATURE of TRUSTEE 2**

आवेदक द्वारा 2