

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building lives of life

APPLICATION No. : 8/0925/1769

APPLICATION DATE : 09/07/25

NAME of APPLICANT : Rajamma

AGE/YEARS : 60

SEX : F

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

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kothavadi, Chhatrapati Shivaji Maharaj, Kothavadi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Kothavadi, Chhatrapati Shivaji Maharaj, Kothavadi

OCCUPATION : Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

(Attach Proof of Income)

(अथवा अन्य कोई प्रमाण)

PAN No. : [Blank]

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

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 के साथ संबंध
①	S. S. S. S. S.	65	M	husband
②	Maheela	40	M	son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए आधार (अथवा)

BPL Card (Attach Card Copy) नीच दी गई कार्ड का प्रमाण पत्र (अथवा पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण प्रमाण)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अथवा अन्य कोई प्रमाण पत्र (अथवा पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण प्रमाण)	Ration Card (Attach Copy) अथवा अन्य कोई प्रमाण पत्र (अथवा पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण प्रमाण)	Any Other Basis/Proof अथवा कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य है (अथवा)

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अथवा अन्य कोई प्रमाण पत्र
①	Diagnosis - LE PAIN
	LE Carotid
②	Diagnosis - LE Carotid

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे लक्ष्य है (अथवा)

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अथवा अन्य कोई प्रमाण पत्र	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED अथवा अन्य कोई प्रमाण पत्र

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा:

- 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। कोई भी गलत विवरण एवं झूठे दावे आवेदन एवं सहायता को खारिज कर सकते हैं।
- 2) मैं इस बात की गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता को पूरा प्राप्ति के लिए नहीं, इस उद्देश्य का अंशिक या पूर्ण रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 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 अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोटों और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादगार, दान, वसुधाया इसके उद्देश्य के लिये प्रचारितियों और प्रसारितियों के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण को प्रचारित करने के लिए या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" में यादगार अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोटों और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य में प्रयोग है उसे प्रचारित करने का हकदार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उनके भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक की हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप


AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- 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.
- इसके अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत/सिगनेचरी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हॉस्पिटल) फिर इसका से लाभ न लीकर करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी मरीज/रोगी के लिए अन्य स्रोत से प्राप्त करींगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए प्रार्थना कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने गैर-सहायता को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अंतर्गत यह स्वीकार्य है कि सहायता केवल वित्तीय सहायता के लिए है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे केवल वित्तीय उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करेगा और न ही भविष्य में अन्य उद्देश्यों के लिए प्रयोग करेगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अनुमोदित करने के लिए सिफारिश**Mr LAKSHMIPATHI N**
Senior Manager**OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
Vasanthnagar Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

01/09/2025

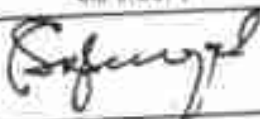
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉ. प्रीथी B.K.

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमो हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमो हस्ताक्षर 2

