

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

B/0425/1772

APPLICATION DATE /

आवेदन तिथि

09/09/25

NAME of APPLICANT /

आवेदक का नाम

Mahadurthy

AGE/YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME /

पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Haggadaballi, Gundlupet (P), Channarayana (R)

bannodaka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION /

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME /

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

JAN No. जारी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उसे 'X' का चिह्न लगाएं)

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
①	Chikkamma	49	F	Sister.
②	Mahadevaramma	51	F	Grand Daughter
③	Madevi	23	M	Grand Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कितने आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा की प्रमाण प्रत (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़नी होगी)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़नी होगी)	☐ Ration Card (Attach Copy) रसदोस कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रत जोड़नी होगी)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या दिवसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतें संलग्न
①	Diagnosis - RE Cataract
	LE Cataract
②	Surgery - RE Cataract

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता कितने अन्य स्रोतों से मिल चुकी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

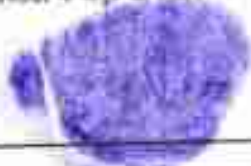
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित सत्य नहीं प्रमाणित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "अतिरिक्त घोषणा" में, जो मेरी जानकारी है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में मांग किया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य नहीं है, जो इस प्रारूप में उद्देश्य के अतिरिक्त अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "अतिरिक्त घोषणा" को स्वीकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में घोषित हैं, इसे "अतिरिक्त" दस्तावेज़, दूर, संचारण दूर उद्देश्य से दूर गोपनीयता और जानकारी के लिये दिये जा सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से उद्घोषित हैं, मेरे द्वारा सहायता का प्रदान नहीं करता। इस मामले में "अतिरिक्त" दस्तावेज़, दूर, संचारण और जानकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छाप



AGREEMENT by HOSPITAL: (हस्पताल 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.

इससे स्वीकृत, हमारी ओर से यात्रा/रोगी को "अतिरिक्त घोषणा" में उद्घोषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी सहायता के लिए यात्रा/रोगी को "अतिरिक्त घोषणा" में उद्घोषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जो कि हमने "अतिरिक्त घोषणा" में उद्घोषित/सिफारिश उक्त के समर्थन में "अतिरिक्त घोषणा" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "अतिरिक्त घोषणा" द्वारा सहायता निम्न स्वीकृत/प्रदान हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ कहा जाता है कि हमारे पास सिर्फ सहायता हेतु सिफारिश की जाती है यात्रा/रोगी को किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "अतिरिक्त घोषणा" में जो कोई सहायता प्रदान की जाती है, उसे न तो हमारे पास और न ही भविष्य में किसी अन्य सहायता के लिए यात्रा/रोगी को "अतिरिक्त घोषणा" में उद्घोषित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है और "अतिरिक्त घोषणा" द्वारा सिफारिश उक्त का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारे पास है और न ही हमारे पास सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है और "अतिरिक्त घोषणा" की कोई पुष्टि या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name of Hospital & Name of Authorized Signatory)
(A unit of Shree Narayana Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

09/09/25

Dr. PREETI B.K.

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

डॉक्टर का नाम व राजस्व नं. के साथ

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्योती इमाका 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

ज्योती इमाका 2

[Signature]