

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0925/1234	APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 09/09/25
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Paranthamma	AGE-YEARS : वयस : 66
	SEX : लिंग : F
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम : W/o Bellappa.	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवासीय पता : Higgadabatti, Begur Hobli, Gundalpet (P), Channarayana Taluk, Koppal District, Karnataka.	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासीय पता : [Blank]	
OCCUPATION : व्यवसाय : Unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : [Blank]
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : [Blank]	(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)
AN No. : [Blank]	



Dr. OP 1080P
Paranthamma 1234

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर टिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS : परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध
①				

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

BPL Card (Attach Card Copy) एटीबी कार्ड की प्रमाण प्रत (आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें (आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Ration Card (Attach Copy) रसदानी कार्ड (आय का प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे क्या कितनी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुप्राण/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई प्रमाणित प्रमाण प्रमाण
①	Diagnosis - RE PERIOD Lt. Cataract.
②	Surgery - Lt. Cataract.

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED की गई सहायता प्रमाण

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत बताना प्रमाण पत्र प्राप्त है कि मेरी जानकारी सत्य थी कि गलती है।
- 2) मैं दृढ़ता से सहायता प्राप्त "कोशिका फाउंडेशन", से ही या नहीं है, प्रमाण उपलब्ध नहीं होगा जो मुझे कि मैंने लिखा कारण, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं दृढ़ता से घोषणा करता हूँ कि मैं सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे लिए हैं और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक 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/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 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वामी की दुर्घटना से "कोशिका फाउंडेशन और उसकी न्यायीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार से प्रकाशित करें, जैसे "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्र, इंटरनेट के माध्यम से सूची सूचिकाओं और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। वे इस का विवरण भी इसका वह करने का मत न करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से न्यायीयों को करता हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अंतर्गत से प्रेषित है उसे सहायता का प्रदान नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्र, इंटरनेट और अन्य माध्यमों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठा



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/हमारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे/करने वाले हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की संस्था से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/नकार हेतु प्रमाण नहीं दिया जाता है तो हम प्रमाण किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता प्रदान करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/करने वाले।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से ही या नहीं सहायता वित्तीय प्रकृति की है। हमारे या हमारा द्वारा ही या अन्य स्रोत से किसी भी प्रकार/प्रक्रिया का चुनाव करने एवं हमारा ही बीच का विवाद है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा ही होने के कारण प्रमाण और अपने करने की प्रति जिम्मेदारी हमारे एवं हमारा को होती है और "कोशिका" की कोई भी प्रमाण या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत की लिखित सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
अवरोधन की तारीख

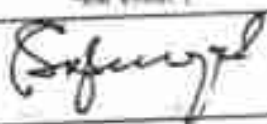
09/09/25

Dr. PREETI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर की तारीख व हस्ताक्षर के साथ 'र'

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत हमारे हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यायी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यायी हस्ताक्षर 2

