

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

स्वास्थ्य हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building Dreams of Life

APPLICATION No. : 8/0925/1776 APPLICATION DATE : 09/09/25
आवेदन क्रमांक : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Mahaburama AGE-YEARS : 12 SEX : F
आवेदनकर्ता का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER/SPOUSE'S NAME : W/o Sukalapper.
पिता/पत्नी का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : # 60, Heggadehalli, (Channarayana) - Kalyanataka.
वर्तमान निवास पता

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
स्थायी निवास पता

OCCUPATION : Unemployed
व्यवसाय

TOTAL ANNUAL INCOME :
कुल वार्षिक आय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)
(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण संलग्न करें)

AN No. :
आय नं.

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)
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 आवेदनकर्ता से संबंध
1	Shaktappa	48	M	Self
2	Savitri	17	F	Grand Daughter
3	Savitri . HN	35	F	Daughter-In-law
4	Aruna	15	F	Grand Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्तिकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
आवेदन हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:

Medical Reports/Prescriptions Attached
आयुर्वेद/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न

1. Diagnosis - RE cataract.
2. Diagnosis - RE cataract.

2. Diagnosis - RE cataract

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त हुई है?

NAME of OTHER SOURCE
अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED
तो यह सहायता कितनी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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 प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया होगा तब तब ही मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया करेगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, उस राशि का अधिक या कम किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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 प्रत्येक पर अपने हस्ताक्षर या दाहिने की उंगली का छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके 'वॉलन्टीर' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रत्येक में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा यादों, पत्र, साप्ताहिक पत्रों, उत्सवों के बुलेटिन/पत्रिकाओं और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी प्रकार का प्रचार में प्रयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण से प्रचार के करने या कर के करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि भविष्य में उत्सवों के प्रयोग में लूनें होंगे। प्रचार का प्रचार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उसके वॉलन्टीरों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या छाप

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

- 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.
- हम यहाँ स्वीकृति देते हैं, हमारी यहाँ स्वीकृति देती है "कोशिका फाउंडेशन" के निर्णय अनुसार हेतु रिकार्डिंग की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य न स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में निर्णय अनुसार किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/प्राप्त करेंगे कि हमें या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/निर्णय प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रचार हेतु प्रचार नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रचार हेतु प्रचार नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता निर्णय प्रचार की है। मेरी या सहायता द्वारा जो मदद सहायता या निर्णय से प्राप्त करे/प्राप्त करेंगे कि हमें या तो नहीं है, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता/निर्णय प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रचार हेतु प्रचार नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत की लिपि संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Sri Sankar's Charitable Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

09/03/25

Dr. PREETHI B.K.

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

हस्ताक्षर का नाम व पंजीकृत नंबर और छाप

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2