

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. : 010925/1777

NAME of APPLICANT : Malligamma

APPLICATION DATE : 09/09/25

AGE-YEARS : 67

SEX : F

FATHER/SPOUSE'S NAME : W/o Mahadevappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Haggalathall Post, Landigall, Channarayana (D) - Kanchi

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above

OCCUPATION : Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 0

(Attach Proof of Income)

PAN No. : 2488 0000 0000

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)Yes / No
हां / 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 संबंध
①	Mahadevappa	86	M	Husband

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

NPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अन्नपूर्णा कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु विधि एवं विधि का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis - RE Cataract. LE Cataract.
②	Diagnosis - LE Cataract.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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

Pr. OP
MalligammaPr. 08
1777

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 Kashi 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) 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 Kashi 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 पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान एवं कथन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सत्यापन एवं "अधिकृत प्रमाणपत्र" से सही कर रही हूँ, कि प्रमाण प्रदान करने के लिए जो धन मैंने प्राप्त किया, उसे इस प्रमाण में बता गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, उस व्यक्ति को नहीं दूँगी, जो मुझ से अधिक या समान प्रमाण प्रदान करने के लिए सहायता के लिए प्रमाणित है और मैं इस सहायता से मुक्ति

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/print/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 रूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्हक) अपने सम्बन्धी की पूर्ण जानकारी एवं "बोशिका" फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टीयों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषय इस रूप में प्रकाशित करें, उसे "बोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक या किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हों। इस जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत हों। मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को "बोशिका" फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टीयों के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।

2) मैं (अर्हक) इस रूप पर सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को "बोशिका" फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टीयों के द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हों। मेरा नाम, पता, फोटो और विषय को "बोशिका" फाउण्डेशन और इसके ट्रस्टीयों के द्वारा प्रकाशित किया जा सकता है।

[illegible]

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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इससे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से मध्याह्निकी को "कोशिका फाउन्डेशन" के वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) यह कि मैं या मेरा प्रतिनिधि और या ही कोशिका में वित्तिय सहायता किसी के/का किसी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उस रोगी/मरीज से लेने का ले जा रहा है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त हो सम्भव है "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलती अतिथि/प्रक्रिया हेतु समूचा नहीं किया जाता है तो अभावमान किसी अन्य से सहायता संस्था या किसी अन्य संस्थाओं से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अभावमान वित्तिय सहायता प्राप्त रोगी/मरीजों हेतु किसी के/का किसी संस्था या किसी अन्य प्रथा से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने या/सहायता संस्था वित्तिय मदद की है। ऐसे में हस्पताल द्वारा ये सब साक्षात् या किसी लगे साक्षात्/प्रक्रिया का सुचारु लेने एवं हस्तगत कर दिया जा रहा है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई पैसा नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के समय मुद्रा और जाने को भी पूरी प्रक्रियाएं लेने एवं हस्तगत की होती और "कोशिका" की कोई भी पैसा या किसी/वैसी इन मामलों में नहीं होती।

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)
Varanasi, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
जगदीश शर्मा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
जयसी इन्स्टीट्यूट 2

20 - 03 - 2023