

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1778

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदनकर्ता का नाम

RamaLinge gouda

AGE-YEARS गुरु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Rameshanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Siddapura, Hitekene post, Thuvakene taluk

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

-11-

pre op post op
1778 RamaLinges post

OCCUPATION :

व्यवसाय

coalite

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी आयकर संख्या

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

क्या आप आयकर कादात हैं? (को मारने से जो उपर्युक्त में से सही 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) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदनकर्ता से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवश्यकता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) अनुपूर्विक कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुपूर्विक/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी की गई प्रतिलिपि संलग्न करें
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + pto 1

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुका है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो प्राप्त सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: I/WE DO NOT FEEL

- 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 यह है कि इस प्रश्न में मेरे सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- (2) मैं इस पर गंभीरतापूर्वक प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से मदद का सही है, केवल उद्देश्य के लिए ही प्राप्त की जायेगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं यहाँ पर यह है कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो किसी भी प्रकार की मदद प्राप्त की है और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (shown on left)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-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 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 प्रश्न का जवाब इसलिए या जवाब को इस प्रकार दें (उत्तर दें): जहाँ आवेदन को भुजि पाया है वह "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता है कि वे आप का नाम, पते और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" द्वारा स्वयं, या, सहकार्य द्वारा उद्देश्य में मुझे गोपनीयता और प्रशंसापत्रों को लिखे बिना भी आप सम्मान से प्रशंसित करने को शिष्ट अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसमें जो जवाब मैं देने को शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" से जवाब अधिकृत है।
- 2) मैं (उत्तर दें): इस प्रश्न में जवाब है कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण जो कि सामान्य को उद्देश्यों में उल्लिखित है मुझे जहाँ, जहाँ का उपयोग नहीं करता। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा जहाँ जहाँ के लिखे उल्लिखित और सम्मानपत्रों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

APPROPRIATE SIGNATURE OF OFFICIAL

AGREEMENT by HOSPITAL: (OPTIONAL, SEE 8111)

- Ily affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending the 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 it's 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 this matter.
- इससे अधिकतम, हमारा को जोर से सम्बन्धी की "कोशिका फाउण्डेशन" में निम्न प्रकार से विवरण दी जाती है, कि वह हा (हमारा) निम्न प्रकार में मदद व सहायता करती है।
- 1) यह कि मैं या मेरा संस्थान और मैं ही अधिक में निम्न प्रकार के किसी भी रोगी को मदद या किसी अन्य व्यक्ति से प्राप्त राशि/पैसे में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से विचारित/विचारित प्रकृति में मदद में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा कोई भी अन्य कि प्राप्ति संभव या किसी अन्य संस्था/सेवा से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा प्रतिव्रत रूप से प्रकृति में मदद को प्राप्त करना या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउण्डेशन" में ले जा रहे/कराया/करेगा निम्न प्रकार की है। लेने या इस्तेमाल द्वारा ही यह मदद या बिना लेने आवश्यक/निर्धारित का सुझाव देती एवं इस्तेमाल में सेवा का विवरण है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई नियम नहीं है। इसलिए इस्तेमाल में लेने को इच्छा रखता और अपने काम को करते बिना/लेती एंगी एवं इस्तेमाल को छोड़ें और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मदद में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

आपकी कृपया के लिए धन्यवाद।

Date of Surgery
ਅੰਤਰਿਕ ਕੀ ਤਾਰੀਖ

10/9/25

Dr. PREETU S.W.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A-00140-Syradha Eye Care Trust)

Verantwoordelijke Raadslid: 52

SIGNATURE of TRUSTEE:

अथैवमस्मिन्

SR-MAXTIME_A_T0(US) = 0

[illegible]