

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building lives of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1779

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

10/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Immamada

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Chakkathammaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

A. Slegamma, Chakkathalli, Viduthanahalli,

Dandenishevura Hibili Taluk, Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

Kannurkal

OCCUPATION:

व्यवसाय

Cookie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि खाता संख्या)

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

क्या 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	Krishna Murthy	25	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये कितने आधार

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु कितने नये विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की प्रतिलिपि
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery TE cataract + PCIO

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली या नहीं?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो नई सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: सर्वोदय एडु सॉल्यूशंस प्रा.

- 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.
- 4) मैं यहाँ पर यह है कि इस प्रश्न में मैंने सब सच कहा है। यदि कोई झूठा दावा होगा तो मेरी मदद रद्द हो सकती है।
- 5) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने जो मदद माँगी है, उसे मैं केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल करूँगा, जो मैंने इस फॉर्म में बताया है।
- 6) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो मदद माँगी है और न ही माँगना है।

AGREEMENT by APPLICANT (submit with WFO)

- 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/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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वारा या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी पहचान की पुष्टि करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस प्रकार से प्रयोग है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्रिका/पत्र, दूरदर्शन से सुनी वीडियो/चित्र और प्रसारणियों के लिए किसी भी प्रकार सम्भव से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषयक को कि सहायता को प्रदान करने के लिए है मुझे माला, सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने अधिकारों का निर्णय अंतिम और सम्भवकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

...and we cannot do this without you.



AGREEMENT by HOSPITAL (युद्ध के लिए)

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 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. This 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.

इस लेखक, इन्टरनेट की जो भी जानकारी को "कॉपीराइट पायामेंट" के बिना प्रकाश में निकालने की कोशिश करे, उसे सख्त सजा मिलेगी।

1. "कोशिका कायदेस" में सी एवं सहायता दोनों विधि प्रकृति को है। सी एवं सहायता द्वारा ही यह साबित था किने एवं सहायताओं का प्रयोग सी एवं सहायता में सी एवं सहायता है और "कोशिका कायदेस" द्वारा किने प्रकाश का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए सहायता में सी एवं सहायता प्रकाश और सी एवं सहायता को सी एवं सहायता को कोई प्रभाव था किनेसी द्वारा साबित में नहीं सी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

प्राचीनकालीन चित्र विषय संस्कृति

Handwritten signature

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

Dr. PREETI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व इजाजत पत्र नं.

Date of Surgery

10/9/25

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Unit of Sreeadna Eye Care Trust
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
JAMES E. HARRIS

Figure 1

Exemplar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

3333

1228