

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B / 0925 / 1788

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Narasimhaiah

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

64

SEX

लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Gowdipalle

Aghahana

Srinivaspur

Taluru

Kolar District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

- 11 -



pre op postop

1788 Narasimhaiah

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000 /

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो प्रमाण हो उस पर तिकी 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रेशा के नीचे 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) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे किसे दिखाने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + P.D.L.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु क्या 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 AVAILED तो यह सहायता कितनी

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 सत्य प्रमाण उपलब्ध नहीं होता है तो मेरी जानकारी केवल यही हो सकती है।
- (2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो रकम ले और न ही सहायता से लूँगा।

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 it's Trustees to use/publish/print-upon/produce 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 मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने नाम, पता, फोटो और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों को उपयोग करने के लिए सौंप देता हूँ। मैं "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए सौंप देता हूँ, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा उपयोग करने के लिए सौंप दिया जा सकता है। इस उपयोग का उपयोग मेरी जानकारी का उपयोग करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप

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

- 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. 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर को जोड़ने के माध्यम से हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु रिकमेंडेशन को सौंप देते हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- (1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के लिए किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सौंप रहे हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, तो हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सौंप रहे हैं, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जाएगी, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- (2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता प्रदान करने का कोई प्रभाव नहीं है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी के इलाज के लिए चिकित्सा प्रक्रिया का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. PREETHIL B H (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका नं. और चिह्न	Mr LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation, Stamp of Authorized Signatory) DIABETES & EYE HOSPITAL विकासनगर, बंगलूरु
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (कोशिका फाउंडेशन के लिए)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2