

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Stock of life	
APPLICATION No.: B/0925/1792		APPLICATION DATE: 11/9/25			
NAME OF APPLICANT: Sitaramappa		AGE-YEARS मनु-वर्ष 70	SEX लिंग M	  pre op post op 1792 Sitaramappa	
FATHER/SPOUSE'S NAME: S/o Chennabiddappa					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: H.No. 61 Addagari Duvvathuni palle					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: Taluk Kolam District, Karnataka					
OCCUPATION: unemployed	MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ MARRIED				
TOTAL ANNUAL INCOME: -	(Attach Proof of Income) (साथ का प्रमाण प्रस्तुत करें)				
PAN No. यदि जारी किया गया है:					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ हाँ ☐ नहीं		Yes / No हाँ / नहीं			
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य 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 किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Cert. Copy) राष्ट्रीय निम्न आय वर्ग कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनसंरक्षण आयोग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)		☐ Other Card (Attach Copy) अन्य अन्य कोई कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आस्थापना/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतिलिपि				
	① Diagnostics RE cataract				
	LE cataract				
	② Surgery LE cataract + PRTOL				
ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED सी वह उपलब्ध करी			

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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एक कदम असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता पूर्वक "कॉशिका फाउंडेशन", से सही ज्ञात करती हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में कहा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने आगेवाले हेतु या उद्देश्य को लक्ष्य नहीं किया है, इस उद्देश्य का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य संगठन/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, एवं "कॉशिका" द्वारा प्रसारित की जाने वाली प्रतियों और प्रकाशितियों में मेरे विवरण भी प्रयोग करके प्रसारित करने में सक्षम अधिकृत हैं। मेरे प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा के अनुसार या बाद में करने में सक्षम "कॉशिका फाउंडेशन" में प्रसारित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को प्रदान करने में प्रयोग किया जा सकता है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करवाया इस सम्बन्ध में "कॉशिका" द्वारा उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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 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.
- हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की और से यहाँ/नीचे की "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) वह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी/रोगी के मामले में प्राप्त कर रहे हैं या कर लेंगे हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि से स्पष्ट होता है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की है और कॉशिका फाउंडेशन को इस मामले में कोई भूमिका नहीं होगी।
2. "कॉशिका फाउंडेशन" से लेने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हॉस्पिटल द्वारा लेने वाले उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुझाव और उनके जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होंगी और "कॉशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on letter to Hospital)

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2