

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building India of the Future

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1795

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Nanjamma

AGE-YEARS

वर्ष-वर्ष

70

SEX

लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता

Sugar at post Nanavinakere Hobli

Tiptur Taluk, District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता



pre OP Post OP
1795 Nanjamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्ट करें/सत्यापित करें

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे या नहीं का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग 1 से 10 लाख तक का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Reason/Proof अन्य कोई कारण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रातिपक्षों के साथ की गई प्रतिक्रिया प्रतीक
①	Diagnosis RE Cataract IE Cataract
②	Surgery RE Cataract + P.T.O.L.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जी गई सहायता की राशि

DECLARATION by APPLICANT: अशोक राम चौधरी

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी को अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित तथ्य असत्य साबित पाया जाता है तो पुरे प्रमाण निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत रहता हूँ कि "अभिलेख प्राप्तकर्ता", जो भी हो सके है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये किया जाएगा, जो इस प्रमाण में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी प्रकार से या अवधि के लिए नहीं, इस राशि का वापस या अलग दिनांक किसी अन्य संगठन/रोजगारदाता/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (shown in 1970)

- 2) 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-uploads/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.
- 23) 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. This 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 तरह से अपने हस्ताक्षर या मुद्रा छापकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकार प्राप्त है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विषयक इस तरह से प्रकाशित है, जैसे "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्र, सम्बन्धित दूरदर्शन व सुदूर गोपनीयता और पत्रिकाओं के लिए किसी भी तरह का माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है: मेरे द्वारा जो विषय मेरे द्वारा जो करने के बाद व करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि फाउंडेशन के अधिकारों में शामिल है। उन्हें प्राप्त: फाउंडेशन का उपयोग करी सकता है। इस सम्बन्ध में "कोशिका" पत्र, पत्रिका, पत्रिका के लिए अधिकृत और सम्बन्धित होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

अधिकारों की समझना व उन्हें का प्रयोग



AGREEMENT by HOSPITAL (병원 입회 동의)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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.
- हमारे अधिकृत, हमारा को कोर से समर्थन के को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश को करी है, जिसे हम (हस्पताल) इस प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम को समर्थन को न ही वित्तिय से वित्तिय सहायता किसी भी सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे या नहीं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त से समर्थन से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी वित्तिय/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य स्रोत सारकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट करना चाहते हैं कि हमारा वित्तिय सहायता प्राप्त हेतु सिफारिश को सारकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेनी।
 2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही वह सहायता हमारे वित्तिय सहायता को है। यदि या हमारा द्वारा ही वह सहायता या हमारे को सहायता/सिफारिश का चुनाव को ही हमारा को कोर का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीसे हमारा से ही को सहायता सुरक्षित और हमारे को को कोर सिफारिश को ही हमारा को कोर "कोशिका" को कोर सुरक्षित या सिफारिश को हमारा से ही कोर।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संयोजकों के लिए संभव है।

Date of Surgery
 1998-01-01

11/9/25

Dr. PREETI B.K.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व राज्यांक सं. २

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Senior manager
(Name, designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
(SEE PAGE 1)

Defendant

SIGNATURE of TRUSTEE 2
बसो प्रमाण 2

12/28