

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Blocks of Life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0925/1806

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rangaswamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Channappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Halepalya Circle, Kotturayakmalatti

Tipkoti Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— 11 —

pre op post op
1806 Rangaswamy

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय कर का दाता हैं? (जो मान्य हो उसे 'X' चिह्नित करें)

Yes / No

हां / 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 विवक्षित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश का नॉन कॉपी (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोगी कार्ड (उपभोगी कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + p.c.i.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक द्वारा घोषणा):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरवधारण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताये गये हैं।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके लिये कोई भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upreproduce 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.
- 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.
- इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदार" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में दी गई हैं, उन्हें "कोशिका" फाउंडेशन, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे उपर का विश्वास कि इसका उपयोग करने के लिये मैं करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से अपनी स्वीकृति दूँगा।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित हैं मुझे सहायता प्राप्त करने का अधिकार नहीं दिलाते। इस मामले में "कोशिका" फाउंडेशन के भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगुली की छाप



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:
- 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.
 - 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 the matter.
- इससे अधिकृत, हमारा यहाँ और से सम्बन्धितों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- हम यह स्वीकार करते हैं कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता मांग रहे हैं, बल्कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मांग रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने शेष आवश्यकताओं को पूरा करने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता मांग सकते हैं।
 - "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार द्वारा की गई सहायता या चिकित्सा उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल ने रोगी के उपचार के लिये सभी आवश्यकताओं को पूरा करने और रोगी की सुरक्षा के लिये "कोशिका" को कोई भी भूमिका नहीं देनी चाहिए।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये अनुमति

Signature

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/9/25

Dr. PRABHU B
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व. रजिस्ट्रार का पत्र

Mr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
OUTREACH HAWAII
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shradha Eyn Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

Signature

Wasapathum of 11/08/2025

भरोदार 2

Signature