

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

8/0925/1811

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

11/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदन का नाम

Shivalinguaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Channabasavaiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

H. No- 1058 / A Deepsha Nilaya 5th

Main Road, Kanchaghatta Road, Shirdahpet

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Maddur Extn. Tiptur Taluk, Tumkur District
Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)

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 आवेदन के साथ संबंध
①	DEEPAK S	20	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विचार आधार

BPL Card
(Attach Card Copy)यदि कोई रिकॉर्ड हो तो इसे प्रमाण दें
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)यदि लागू हो तो प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)Ration Card
(Attach Copy)आपूर्ति कार्ड
(प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)

Any Other

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे मदद चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी गई प्रमाणित प्रतियाँ
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता स्रोतों से मदद मिल चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कौन से मदद प्रदान की गयी



DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठ साबित होता है तो मेरी प्रार्थना प्रपत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र में "कॉशिका फाउंडेशन", से मदद मांग रहा हूँ, जो केवल मेरे लिए ही है, जो मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस प्रपत्र में मांगी गई मदद का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 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.
- 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.
- 3) इस प्रपत्र पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को प्रमाणित करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन" को अपनी जानकारी, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी दे रहा हूँ, जिसके माध्यम से वे मेरी मदद मांग सकते हैं, जिसमें मुझे भी शामिल होना पड़ेगा। मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मैं (आवेदक) को "कॉशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मेरी मदद मांगी जा सकती है, जो कि मेरी मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 4) मैं (आवेदक) और भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी, जो कि मेरी मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा। मैं (आवेदक) इससे सहमत हूँ कि मैं (आवेदक) को "कॉशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मेरी मदद मांगी जा सकती है, जो कि मेरी मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमति)

- 1) By affixing her/his/their signature on this Form, I (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.
- 3) इससे अधिकतर, हस्पताल की ओर से आनेवाली मदद "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली मदद है, जो कि हम (हस्पताल) केवल इस उद्देश्य के लिए ही मांग रहे हैं, जो कि हम (हस्पताल) को "कॉशिका फाउंडेशन" से मिलने वाली मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 4) मैं (हस्पताल) और भी सहमत हूँ कि मैं (हस्पताल) को "कॉशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मेरी मदद मांगी जा सकती है, जो कि मेरी मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।
- 5) मैं (हस्पताल) और भी सहमत हूँ कि मैं (हस्पताल) को "कॉशिका फाउंडेशन" के माध्यम से मेरी मदद मांगी जा सकती है, जो कि मेरी मदद मांगने के लिए है, जो कि मैं केवल इस उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अंगीकार करने वाला हस्ताक्षर

Signature

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

Dr. PRATHAP B.L.
11/9/25
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
उपचार करने वाले डॉक्टर का नाम और छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

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

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवेदक का नाम

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवेदक का नाम

Signature

Signature