

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. :
(आवेदन संख्या) :

13/0925/1812

APPLICATION DATE :
(आवेदन तिथि)

12-9-25

NAME of APPLICANT :
(आवेदक का नाम)

Gouramma

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :
(पिता/सहोदर का नाम)

Vapanthraji

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Haleballe, Tiptur, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

H

OCCUPATION :
(व्यवसाय)

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :
(कुल वार्षिक आय)(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (आय) प्राप्त संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
(आय कर का दाता हैं (को कल्प हो उस पर चिह्न 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)
आवेदन के लिए चिह्नित आधार

SPL Card (Attach Card Copy) सीपी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	EMS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

आवेदन हेतु किसे मदद मिलनी चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई दवाइयों की सूची संलग्न
1	Dignosis: RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery: LE CAT + FRIOL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त पत्र को?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कोई नई सहायता जारी

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा भरना है)

- 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 & ensuing 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को या सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदन में उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उद्देश्य को नहीं है, इस सहायता का उपयोग या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न मिले और न ही बीमा में लूटे।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा भरना)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- 1) इस प्रपत्र पर मेरी हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत, मैं (आवेदक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख है, उसे "कोशिका" फंड, पत्रों, दूर, माध्यमों द्वारा उद्देश्य के लिए प्रचारित करने और जानकारी के लिए किसी भी प्रपत्र प्रकाश में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र पर विवरण को प्रकाश में करने या पत्र में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य के लिए दिये गये: सहायता का प्रकाश नहीं करता: इस प्रपत्र में "कोशिका" फंड, पत्रों, दूर माध्यमों का प्रचारित और जानकारी होता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का दस्तखत

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा भरना)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारा/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, इसी दम (हस्ताक्षर) हम यहाँ से घोषणा व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होनी चाहिए जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश कर रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अंतराल को किसी अन्य स्रोत से भरने के लिए अधिकृत अधिकृत है। इस पुष्टि में स्पष्ट किया गया है कि हमारा/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश कर रहे हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, वित्तिय प्रकृति की है। हमारे/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश कर रहे हैं। हमारे/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश कर रहे हैं। हमारे/होपी को "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए सिफारिश कर रहे हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shradha Eye Care Trust)****Vasanthnagar, Bangalore-52****FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION****SIGNATURE of TRUSTEE 1**

आमंत्रित हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमंत्रित हस्ताक्षर 2