

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Dreams of Life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

B/0925/1816

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि

12/3/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Lakkamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :
पिता/पत्नी का नाम

Basavaraju

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Tiptur, Halkurthi, Tumkur
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Tiptur

PrioP RxTOP
1816 LakkammaOCCUPATION :
व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. पान नं. जारी नहीं

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

Yes / No

आप आय करदाता हैं (को वान्त हो उस या नहीं का चिह्नित करें):

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sl. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Basavaraj	67	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए कौन आधार

BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का कॉपी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये किसी का उद्देश्य:

Sl. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/चिकित्सा से जारी की गई दवाइयों के प्रमाण पत्र
1	Diagnosis RE- Cataract LE- PCIOH
2	Surgery RE- Cat + PCIOH

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sl. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कोई गैर सहायता नहीं

DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE ☐ N/A

- 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.
- १) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक समय मागवा गया था तो उसे वापस मिलने की संभावना है।
- २) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि "कौशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिली है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रमाण पत्र में बताया गया है।
- ३) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोतों से न तो अब और न ही भविष्य में इस मदद का पूरा या आंशिक रूप से वापस मिलने के लिए अनुरोध करूँगा/करुंगी।

AGREEMENT by APPLICANT (attach with bid)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to republish/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 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 दस्तावेज पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्हक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस दस्तावे में दर्शाते हैं, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित करने वाले माध्यमों से मुझे लोकप्रिय और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं। यह दस्तावेज का प्रयोग मेरे इलाके के लोगों को मेरी सेवा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व भरोसे अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि दस्तावेज में दर्शाए गए हैं, उनसे मुझे लाभ, प्राप्त करने का अधिकार नहीं मिलेगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा कोई भी निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

and the α -value is the same for all β -values.



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 201-1001)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this assignment 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. In 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.

इसके अतिरिक्त, राजस्थानी को भी इसे से जोड़ने-लेने को "संक्षिप्त राजस्थानी" से विभिन्न आधारों से संशोधित भी जारी है, जिसे हम (अनुसंधान) फिर प्रकाश में आने में प्रतीक्षा करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अधिकारी के लिए संविदा

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shredha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
within 60 units

12

12/9/25

OF PRENATAL B

M.B.B. DOUGLAS, JR.
 President, Carroll and Sons

Journal of the Acoustical Society of America

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

[illegible]

FOR INTERNAL USE of KOSHKA FOUNDATION

SIGNATURE OF TRUSTEE: _____

व्यासः कथयति ।

Exemplar

EDUCATION OF TRUSTEES

STAFF REPORTER

1228