

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.	
APPLICATION No. : 3/0925/1820 आवेदन संख्या :		APPLICATION DATE : 12/9/25 आवेदन तिथि :			
NAME of APPLICANT : Kargaiiah आवेदक का नाम :		AGE-YEARS : 40 वर्ष :	SEX : M लिंग :		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Verkataramarath पिता/पत्नी का नाम :					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Grandhingar, Tiptur, Tumkur, Karnataka वर्तमान निवास पता :					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Same as above स्थायी निवास पता :				Dr. OP. Post OP 1820 - Kargaiiah	
OCCUPATION : Coolie व्यवसाय :		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : Unmarried			
TOTAL ANNUAL INCOME : 21000/- कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : None आय कर पहचान संख्या :					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं) 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	
1	Sumalatha	33	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के निम्न विकल्प चिह्नित करें					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र भी साथ में प्रस्तुत करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र भी साथ में प्रस्तुत करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र भी साथ में प्रस्तुत करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे एवं किसकी का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतियाँ				
1	Diagnosis TR - Cataract LE - Cataract				
2	Surgery TR - CAT + PIGL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि प्राप्त हुई			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा भरना):

- 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 यह कह रहा हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा प्रमाण देता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "बोशिका फाउंडेशन", से जो मदद माँग रहा हूँ, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर यह कह रहा हूँ कि मैंने भविष्य में इस मदद के लिए, या इस मदद का कोई हिस्सा या पूरा हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से नहीं लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक 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/post-up/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर यहाँ पर सहमत हूँ कि "बोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिए उपयोग कर सकें, जो "बोशिका" उद्देश्य के लिए है, या मेरा सम्बन्ध करने वाले उद्देश्य से मुझे खींचने/बिखेरने के लिए किसी भी प्रकार के माध्यमों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का प्रसारण मेरे उद्देश्य के पूर्ण या आंशिक रूप से पूर्ण होने के लिए "बोशिका फाउंडेशन" से माँगी जा सकती है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग मेरे उद्देश्य के पूर्ण या आंशिक रूप से पूर्ण होने के लिए "बोशिका" उद्देश्य के लिए माँगी जा सकती है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा भरना):**

- 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:
- 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 जाते हैं यहाँ पर "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे क्योंकि हम "बोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/बिखेरने के लिए मदद माँग रहे हैं। यदि "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद नहीं दी जाती है, तो हमें अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से मदद माँगनी होगी।
- 2) "बोशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारी जिम्मेदारी है और इसका निर्णय रोगी और हमारे बीच की समझौता है। इसलिए हमारा दायित्व रोगी के उपचार और उसकी सुरक्षा का पूर्ण रूप से होगा और "बोशिका फाउंडेशन" का कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
सिफारिश के लिए संस्तुतिMr. LAKSHMPATHI N
Senior ManagerDate of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/3/25

Dr. PREETI D. S.
M.B.B.S., M.D., FRCO
Assistant Consultant & FRCO(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shraddha & Suresh Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-56
Signature

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इलाका 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इलाका 2