

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


 APPLICATION No. : 13/0925/1822
 आवेदन संख्या :

 APPLICATION DATE : 12/9/25
 आवेदन तिथि :

 NAME of APPLICANT : Eshwarappa
 आवेदक का नाम :

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

M

 FATHER'S/SPOUSE'S NAME : Kallappa
 पिता/हस्ता का नाम :

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासस्थान पर

 Sarthavalli, Tipu, Tumkur
 Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पर

IL

 OCCUPATION : Unemployed
 व्यवसाय :

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

 TOTAL ANNUAL INCOME :
 वार्षिक आय

 (Attach Proof of Income)
 (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. जारी किया गया

 ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
 क्या आप आय का दाता हैं (जो नाम इस उपर या डाउन का चिह्न लगाएं):

 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 आवेदक के साथ संबंध
1	Huchanna	75	F	Wife

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

BPL Card (Attach Card Copy) नरेशी कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

 "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु करने वाले किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/डॉक्टर से जारी की गई प्रिस्क्रिप्शन प्रतिलिपि
1	Diagnosis LE - Cataract
2	Surgery LE - Cat + PCIOH

 ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में मैंने सब सच कहा है। कोई भी झूठा बयान मेरे आवेदन और जारी किए गए मदद को खत्म कर देगा।
- 5) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की है, जो कि सच है। मैंने इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया है, जो कि इस प्रश्न में मैंने बताया है।
- 6) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने इस मदद को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं लिया है और मैं इसे भी नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा किया गया)

- 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ पर स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत बताना है कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य इस मदद के लिए हैं, जो कि "कोशिका" द्वारा दायर है। यह, आवश्यक होने पर, प्रचार के माध्यम से मुझे प्रतिष्ठित और प्रचारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 4) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य जो कि मदद के लिए दायर हैं, उनके द्वारा प्रचारित किए जा सकते हैं।
- 5) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य जो कि मदद के लिए दायर हैं, उनके द्वारा प्रचारित किए जा सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा किया गया)**

- 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.
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की है, जो कि सच है। मैंने इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया है, जो कि इस प्रश्न में मैंने बताया है।
- 4) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की है, जो कि सच है। मैंने इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया है, जो कि इस प्रश्न में मैंने बताया है।
- 5) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने "कोशिका फाउंडेशन" से मदद की है, जो कि सच है। मैंने इस मदद को केवल उसी उद्देश्य के लिए ही इस्तेमाल किया है, जो कि इस प्रश्न में मैंने बताया है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधीनस्थ की छाप/हस्ताक्षर

Dr. L. S. TRIPATHI

Senior Surgeon

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

Dr. P. K. SINGH, D.S.S.
M.B.B.S., M.D., F.R.C.S.
General Surgeon and Plastic Surgeon

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

डॉक्टर का नाम व इलाका व डॉ. नं.

OUTREACH RANG

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A Unit of S. B. Hospital))

जय नमो इन्द्राय नमो नमो नमो

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक द्वारा किया गया

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जय नमो इन्द्राय

Safar

SIGNATURE of TRUSTEE 2

जय नमो इन्द्राय

Safar