

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

13/0985/1824

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

12/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahaduvanna

AGE/YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Kargappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chandapura, Tipshu Tankur
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. पत्राई खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो इस पर सही का चिह्नन करें)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

RPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय रीज के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसयोजना कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मांगे किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached सम्बन्धित/प्रीतिरित्त से जारी की गई प्रमाणित दवाही संलग्न
1	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
2	Surgery RE - Cat + P.IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा योग्यता पत्र)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा प्रमाण पत्र ग्राह्य है तो इसे अस्वीकार किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण पत्र में उल्लेखित हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत से या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 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 is final and acceptable to me.
- 1) इस प्रमाण पत्र पर अपना हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान देकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण पत्र में उल्लेखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या अन्य माध्यमों द्वारा उद्देश्यों के पूर्ति या प्रचारित करने के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना किसी भी प्रकार की सहायता प्राप्त करने के लिए मैं स्वयं को नहीं मानता हूँ। इस सहायता का प्रदान करने का अधिकार केवल "कोशिका" के भरोदारों के पास है और उनका निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठी का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

- 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 जाते हैं यहाँ से यहाँ तक कि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) सिर्फ उन्हीं उद्देश्यों के लिए ही सहायता मांग रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में या भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में मांग रहे हैं, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फांडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने खर्च को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार या प्रक्रिया केवल रोगी और हॉस्पिटल के बीच है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार का निर्णय, रोगी और हॉस्पिटल के बीच है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई संबंध नहीं है। हॉस्पिटल द्वारा रोगी के उपचार का निर्णय, रोगी और हॉस्पिटल के बीच है और इससे "कोशिका फाउंडेशन" का कोई संबंध नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकार्यता के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

12/9/25

Dr. PRIYATHI. B.L.

M.B.B.S., D.O., FICO, FRCO

Consultant Ophthalmologist and Surgeon

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

हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आवेदक द्वारा स्वीकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2