

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :
आवेदन संख्या :

13/0925 / 1826

APPLICATION DATE :
आवेदन तिथि :

12/9/25

NAME of APPLICANT :
आवेदक का नाम

Narasingha

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

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

Kudurniah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य पता

Tatikanchali Tiptur Tarekat
Tumkur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवासस्थान पता

11

OCCUPATION :
व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को चिह्नित करें)Yes / No
हाँ / 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 क्या संबंध

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

BPL Card (Attach Card Copy) सभी बीएसपी कार्ड को नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कतई प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु चिह्नित करें किसे किस प्रकार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जारी की गई उपनिवेदन सूची संलग्न
1.	Diagnosis TRE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE - Cat + Prol

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या है?

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



PROF - Poptop
1826 - Narasingha

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा: १६)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रमाण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, इसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रमाण में भरा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकृति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रमाण पर अपने हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निम्न छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रमाण में उल्लिखित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, वार्ता, प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी प्रमाण का प्रसारण मेरे उपचार के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण मेरे लिए सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं मुझे सहायता का उपचार नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा प्रसारित जानकारी का प्रसारण अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का निम्न



AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारा यहाँ की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रमाण में मान्यता स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में किसी सहायता हेतु सिफारिश करने या किसी अन्य स्रोत से उस रकम प्राप्त करने में कोई बाधा होगी, जैसे कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विधि प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से नहीं मिलती है तो हमारे किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा गया है कि सहायता वित्तीय प्रकृति की होगी और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमारे या हमारे द्वारा की गई सहायता या किसी अन्य सहायता/उपचार का प्रसारण करने एवं प्रसारण करने का अधिकार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रमाण का प्रसारण नहीं है। हमारे द्वारा सहायता के प्रसारण के लिए हमें सहायता के प्रसारण के लिए सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी प्रमाण या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Dr. P. R. Lakshmi

Dr. Lakshmi Pathi N

Signature

OUTREACH BANK

DIABETES & EYE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shradha Eye Hospital Trust)

Vasanthnagar Bangalore-56

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 12/9/25	Dr. P. R. Lakshmi M.R.B. Dr. P. R. Lakshmi Specialist Ophthalmologist Ophthalmology (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व इलाका व पंजी. नं.	OUTREACH BANK DIABETES & EYE (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory) (A unit of Shradha Eye Hospital Trust) Vasanthnagar Bangalore-56
---	---	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 भरोदार 1 का हस्ताक्षर	SIGNATURE of TRUSTEE 2 भरोदार 2 का हस्ताक्षर
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>