

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


**Koshika**  
 foundation  
 Building Health of life
APPLICATION No.:  
आवेदन संख्या:

B/0925/1333

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि

13/9/25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम

Shivrasamegadha

AGE/YEARS उम्र-वर्ष

65

SEX लिंग

M

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

S/o Karigachha

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Halehalli, Pakhalale, Mandya  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



pre op post op

1835 AP Rajagowda

OCCUPATION:  
व्यवसाय

Cook

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:  
कुल वार्षिक आय

30,000/-

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

PAN No. सवाई खाता संख्या

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

आप आय कर का भुगतान करते हैं (को सही का चिह्न लगाएं):

Yes/हाँ

No/नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------|
| 1                      | Yashashwanth                                      | 29                         | F              | Wife                                      |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |
|                        |                                                   |                            |                |                                           |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                                       |                                                                                                                              |                                                                                           |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>एनटीएस कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें<br>(आय कर की जांच के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें) | ENS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय कर का प्रमाण प्रस्तुत करें<br>(आय कर की जांच के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>रेशन कार्ड<br>(आय कर की जांच के लिए प्रमाण प्रस्तुत करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई आधार |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु दिए गए किसी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन प्रतियाँ संलग्न |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | Diagnosable<br>Re Cataract<br>LE Cataract                                                        |
| 2                      | Surgery<br>RE Cataract ? Glau                                                                    |

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED<br>सी पर सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |
|                        |                                           |                                                         |

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)**

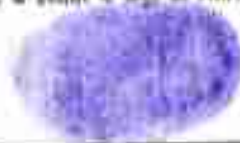
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब तक है जो मेरी जानकारी के अनुसार सही हो सकेगी है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस सहायता की राशि के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस करने के लिए किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से नहीं लिये हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा स्वीकार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/republish 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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके आचार्य" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से सूचीबद्ध करने के लिए किसी भी प्रकार का माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। यह प्रपत्र का विवरण मेरे प्रपत्र के पता पर सच हो जाने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित हैं, उसके बाद, सहायता का प्रदान नहीं करके, इस सहायता से "कोशिका" द्वारा उद्देश्य पूर्ण करने के लिए अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान

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

- 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.

- इससे अधिकृत, हमारी ओर से अनुमति प्राप्त करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के संबंध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/अनुमति प्राप्त करने के उद्देश्य से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम से प्राप्त नहीं की जाती है तो हमें अपने रोगी के संबंध में अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले हॉस्पिटल को ही सहायता के संबंध में पूरी जिम्मेदारी होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की जा रही है, उसे हम (हॉस्पिटल) द्वारा ही प्राप्त करने के लिए हमें उत्तरदायी बनाने का दायित्व होगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हमें अपने रोगी के संबंध में पूरी जिम्मेदारी होगी और सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृति के लिए अनुमति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
**Senior Manager**

 (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital)  
**007MARCH 2025**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**
Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI B.

MBBS, D.O., FRCO, FRCO

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

हॉस्पिटल का नाम या पता/पता नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

 (A unit of Shri Siddha Eye Care Trust)  
**Vasanthanagar, Bangalore-52**

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आचार्य हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आचार्य हस्ताक्षर 2