

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1845

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

A.R. Sahane.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

N/o. Dhakshina muthy.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

oppa - Himalaya school Chikballanur.

Babbar, Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

ce



PHOP - part - p
1845 - A.P. Sahane

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. : जारी किया गया है

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

Yes / हाँ

No / नहीं

क्या आप आय का दाता हैं (को जोड़ें जो इस पर सही का चिह्न दें)

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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) पोसी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जनसंपर्क कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी को गई प्रतिलिपि संलग्न करें
1	Diagnosis - RE cataract LE cataract
2	Diagnosis - LE cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त क्या हो?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें)

- 1) I hereby declare 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 फॉर्म 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो पूरा और न ही आंशिक रूप से मुक्ति प्राप्त करूँगा।

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/print-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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में प्रेषित हैं, जो "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए उपयोग किए जा सकते हैं और इससे संबंधित जानकारी को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस फॉर्म पर घोषणा करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के उपयोग के लिए प्रेषित करने के लिए स्वीकार करता हूँ। इस फॉर्म पर "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारित, प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे 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.

हम यहाँ स्वीकार करते हैं, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह हम (हॉस्पिटल) को सहायता के रूप में स्वीकार करेगा।

1) यह कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस फॉर्म पर हम घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता को किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए उपयोग नहीं करेंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार हमारे यहाँ के डॉक्टरों द्वारा किया जाता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी प्रकार का वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है। इसलिए हमारे यहाँ के डॉक्टरों को सहायता प्राप्त करने की पूरी जिम्मेदारी होती है। हमारे यहाँ के डॉक्टरों को सहायता प्राप्त करने की पूरी जिम्मेदारी होती है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत हस्ताक्षरकर्ता के लिए संकेतित

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

(Name of the Authorised Signatory on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Chandra Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

16/9/25

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

डॉक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ स्टैम्प

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक द्वारा उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शक द्वारा उपयोग के लिए

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शक द्वारा उपयोग के लिए

[Signature]