

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Trust of life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या : B/0925/1846		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि : 16/9/25			
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम : Varalakshmi?		AGE-YEARS आयु-वर्ष : 20	SEX लिंग : F	 	
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/पति का नाम : Mr. Balu					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS - वर्तमान आवासीय पता : Bharanahalli Nagar K.P. Nagarathala					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS - स्थायी निवास स्थान : Nagar: South Bangalore Karnataka					
OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ Married		prop - part of 1846 - Varalakshmi?	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. पैन संख्या :					
IF YOU ARE INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर चिह्न लगाएं) : Yes / हाँ / No / 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 से संबंध अनुसार	
1	REKA. B.	18	F	Daughter	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए कौन सा आधार:					
☒ RPE Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) जन जन कर्त प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)		☐ Rajgarh Card (Attach Copy) राजगढ़ कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ना पड़ेगी)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे को किसनी या उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/इंसला के जारी की गई डॉक्टरों की प्रतिलिपि				
1	Diagnosis:- RE - cataract				
	LE - pisol				
2	Surgery:- RE - cataract + pisol				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य को 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 जी गई 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा कथन एवं सचन प्रमाण प्राप्त होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से जो भी मदद मिले, इसका इस्तेमाल उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में बताए गए हैं।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं सहायता हेतु या उपाय की नहीं हूँ, उस उपाय का अधिकतम या सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिये है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/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 it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "कोशिका फाउण्डेशन" और उसके "ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकरण में अधिकृत है, उसे "कोशिका" फाउण्डेशन, दान, सहायता या अन्य उद्देश्यों से सुदृढ़ विज्ञापन और प्रचारित करने के लिये किसी भी उपाय का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग है मुझे भुगतान, सहायता का प्रकरण नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउण्डेशन उनके "ट्रस्टी" का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)

- 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 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 this matter.

हम यहाँ अधिकृत, इसजारी की जाये से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउण्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में मदद न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता प्रमाण या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करे/प्राप्त करने के लिये या ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउण्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उस से सहायता में "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकतम/सहायता हेतु समुदाय की सहायता है तो हमारे किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे द्वारा सिफारिश करने उस उद्देश्यों हेतु सिफारिश है सहायता प्रमाण या किसी अन्य सहायता से नहीं ले/प्राप्त करेंगे।

- 2) "कोशिका फाउण्डेशन" से जो भी सहायता प्रमाण वित्तिय प्रकृति की है। हमारे या हमारे द्वारा से नहीं सहायता या किसी भी सहायता/प्रमाण का प्रमाण लेने एवं सहायता से सहायता का विवरण है और "कोशिका फाउण्डेशन" द्वारा सिफारिश प्रमाण का कोई प्रमाण नहीं है। इसलिये हमारे से लेने से सहायता प्रमाण और हमारे को भी सिफारिश लेने एवं सहायता की सहायता और "कोशिका" को कोई सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमत

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shreeganga Eye Care Trust)****Vasanthnagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

14/2/25

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

डॉक्टर का नाम व इलाहाबाद का पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2