

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Bricks of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1849

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

16/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Savithi

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष)

70

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

c/o Venkatesh Rao

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Marthi Mathur (A) Kalam (B)

Kaliyotak

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

Kaliyotak



pu-p - part of
1849 - Savithi

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. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो योग्य हो उस पर सही का 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
15	Tyathi	24	F	Daughter

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

☒ BPL Card (Attach Copy) गरीबों के तालिका में नाम प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) आवश्यकता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis अन्य कोई कारण
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न कार्य निम्नलिखित का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आवश्यक/प्रीस्क्रिप्शन से सही को चिह्नित करें
15	Diagnosis: RE - cataract LE - p.c.d.
16	Surgery: RE - cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

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

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ली गई राशि (रु.)

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथित)

- 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 कथित करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले हुए धन को, केवल इन्हें उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि मैं इस राशि को न तो भुगतान कर रहा हूँ, न ही भविष्य में भुगतान करूँगा, न ही किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो भुगतान करूँगा और न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथित)

- 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/print/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 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 प्रारूप पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली का छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ कथित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, जो "उद्देश्य" के लिए है, जिसके लिए मैं सहायता प्राप्त कर रहा हूँ। इस सहायता को प्राप्त करने के लिए, मैं यहाँ कथित करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करूँगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "उद्देश्य" के लिए प्रकाशित करने से मेरी सहायता प्राप्त करने का कोई अधिकार नहीं है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी इस बात का निर्णय ले सकते हैं कि मैं सहायता प्राप्त करूँगा या नहीं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली का छाप

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

- 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.
- हम यहाँ कथित करते हैं, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सहायता प्राप्त करने के लिए सहमत हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का प्रयास करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो सके। यदि "कोशिका फाउंडेशन" हमें सहायता नहीं प्रदान करता है, तो हमें अपने धन को भरने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रारूप पर हमारे हस्ताक्षर करने से हम "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिले हुए धन केवल वित्तीय प्रकृति का है। हमारे चिकित्सा प्रारूप का निर्णय हमारे रोगी और हमारे हॉस्पिटल के बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से प्रभावित नहीं है। हमारे हॉस्पिटल को रोगी की देखभाल के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**(Name & Designation of Authorized Signatory on Patient's Hospital)
**DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

10/9/25

Dr. PREETHI S.
MBBS, D.O., FRCO, FRCO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हमारे डॉक्टर का नाम और पता**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर

SIGNATURE of TRUSTEE 2
द्वितीयक हस्ताक्षर