

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1886

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mahadevraman

AGE/YEARS (वर्ष)

60

SEX (लिंग)

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

N/A Montiah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Kotha Colony, Belakemali

Malevalli (R) Ward 10 (R) Kallakate

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

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)

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

क्या आप आय का दाता हैं? (जो मानें उसे पक्ष में चिह्नित करें)

Yes / हाँ

No / 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
1	Montiah	58	M	Spouse

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

आवेदन के लिए किनारे आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) महोदय निशु के तहत आवेदन करें (आवेदन पर भी इसका चिह्नित करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (आवेदन पर भी इसका चिह्नित करें)	☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आवेदन पर भी इसका चिह्नित करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने निशु का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रमाणित सूची संलग्न
1	Diagnosis - RE - Cataract
2	RE - Cataract
3	Surgery - RE - Cataract - post op

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

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



pre op - post op
1886 - mahadevraman

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तब यह बात है कि मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की घोषणा करती हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरी घोषणा की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में स्पष्ट किया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी नहीं, इस मदद का अधिकतम या समस्त निम्न किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिये 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 & authorize Koshika Foundation and its 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 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के द्वारा स्वीकृति, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग करें, इसे "कोशिका" दस्तावेज़, पत्र, पत्रिकाएं, पृष्ठों, इंटरनेट व अन्य मीडिया/विशेषताओं के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति की प्रतिक्रिया को पालने या करने में मेरा "कोशिका फाउंडेशन" न शामिल अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उपकरणों से प्रतिक्रिया है मुझे सहायता का इस्तेमाल नहीं करता इस संबंध में "कोशिका" दस्तावेज़ न्यासीय का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं तलुआ छाप

**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 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, हमारा यहाँ की ओर से सफाई करने के "कोशिका फाउंडेशन" से निर्णय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण के पत्र न स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में निर्णय सहायता किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य स्रोत से उठा लेंगे/पूरा करेंगे जो हमें या हमें नहीं है, केवल कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्णय प्राप्त के समान में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता निर्णय अधिकृत/प्रदान हेतु मांगू नहीं किया जाता है तो हमारा निर्णय अन्य भी जानकारी के साथ या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता निर्णय पर हमारे कोई सहायता हेतु किसी भी सहायता के साथ या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से भी कोई सहायता केवल निर्णय प्रदान की है। कोई भी सहायता द्वारा भी नहीं प्रदान या निर्णय लेने सहायता/निर्णय का चुनाव लेने पूर्व हमारा निर्णय का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा निर्णय प्रदान का कोई प्रभाव नहीं है। इससे हमारा निर्णय लेने के द्वारा चुनाव और जाने जाने की भी निर्णय लेने पूर्व हमारा निर्णय और "कोशिका" की कोई सुरक्षा या निर्णय/निर्णय इस प्रकार में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रमाणित

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL**

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)**Vasanthnagar, Bangalore-52****Date of Surgery**

ऑपरेशन की तारीख

19/9/25

Dr. PREETHI S.

M.B.B.S., D.O., FRCO (FRCO)

Specialist Consultant and Surgeon

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

डाक्टर का नाम व पंजीकृत नं. (सि. नं.)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2