

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)				(सहायता हेतु अर्जपत्र प्रारूप)	
APPLICATION No. : 8/0925/1896				APPLICATION DATE : 19/9/25	
NAME of APPLICANT : Puttarachamma				AGE-YEARS : 60	SEX : F
FATHER/SPOUSE'S NAME : N/A Chikkaramagonda					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Kottakoppa, Melavalli, Vakkatake					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Kottakoppa, Melavalli, Vakkatake					
OCCUPATION : House maker				MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : 10000				(Attach Proof of Income)	
N/A. I have no income					
DO YOU AN INCOME TAX RESIDENT? (Tick whichever is applicable)				Yes / No	
I am not an income tax resident				No	
FAMILY DETAILS - परिवार विवरण					
Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant	
1	Chikkaramagonda	61	M	Husband	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)					
☒ BPS Card (Attach Card Copy) एनपीएस कार्ड का प्रमाण पत्र		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएसएस प्रमाण पत्र		☐ Pension Card (Attach Card Copy) पेंशन कार्ड	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE					
I am requesting assistance for the following purpose:					
Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached				
1	Diagnosis - R.E. cataract				
2	Diagnosis - L.E. cataract				
3	Diagnosis - L.E. cataract + p.p.s.d				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES					
I am requesting assistance for the same purpose from other sources					
Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED			

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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में मिले सब तथ्य सच और सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दूँ तो मेरा आवेदन और जारी सहायता, यदि कोई हो, खारिज/रद्द हो सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिलेगी, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये दिया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से वापस नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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/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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" और इसके ट्रस्टियों "को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में बताए गए हैं, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से, मुझे सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस सहमति के बिना किसी भी प्रकार सहायता से इंकार किया जा सकता है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मेरी सहायता के लिए प्रचारित करने के लिए मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस प्रकार के उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अन्य माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक की हस्ताक्षर या बाएं अंगूठा का निशान

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

- 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.
- हमने अधोलिखित, हमारे प्राधिकृत हस्ताक्षर को अंगूठा लगाकर, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सहमत हो रहे हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित हैं, क्योंकि हम Koshika Foundation से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए प्रस्तावित हैं। यदि Koshika Foundation द्वारा वित्तीय सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूरा करने के लिए स्वतंत्र होंगे। यह पुष्टि करने के लिए कि हम किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं प्राप्त करेंगे।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का निर्णय रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो Koshika Foundation से प्रभावित नहीं है। इसलिए, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी और Koshika Foundation को इस मामले में कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अनुमोदित करने के लिए हस्ताक्षर

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

19/9/25

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

डॉक्टर का नाम व रेगिस्ट्रेशन नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

प्राथमिक ट्रस्टी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

प्राथमिक ट्रस्टी 2