

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Stock of life			
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : B/0925/1897		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 19/9/25		 			
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Manchegowda		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60				SEX / लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम : S/o Kalgowda		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता : Katrala				PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता : Katrala	
OCCUPATION / व्यवसाय : coolie		MARRIED (विविध) / UNMARRIED (अविवाहित) : ☒ MARRIED				RE OP - part of 1897 - Manchegowda	
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 18000		(Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)					
IF YOU ARE AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / यदि आप आय कर का भुगतान करते हैं (जो लागू हो उसे चिह्नित करें) : ☒ YES / ☐ NO							
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			
1	Manjamma	112	F	Wife			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए विनियम आधार							
☒ BSL Card (Attach Card Copy) / बीएसएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) / बीएससी प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)		☒ BSL Card (Attach Card Copy) / बीएसएल कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रस्तुत करें)			
☐ Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता हेतु निम्न में से किसी का उद्देश्य							
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / चिकित्सा/प्रातिपदियाँ जो जोड़ी की गई हैं/प्रतिपदियाँ जोड़ी प्रस्तुत करें						
1	Diagnosis - RE - cataract						
2	Diagnosis - RE - cataract						
3	Diagnosis - RE - cataract - p.c.s.d.						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के लिए 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 / ली 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 insurance/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 विवरण सत्य नहीं माना जाय तो इससे मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि इस सहायता हेतु मैं या मेरे परिवार को नहीं है, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य कोटरी/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करें)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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 प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, मुद्रित, दूर, संचारण द्वारा, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। यह प्रकरण का विवरण मेरी इच्छा से पहले या बाद में करने से लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" से अधिकृत है मुझे सहायता का उपकरण नहीं करता। इस सहायता से "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई किसी भी भविष्य और सहायता होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

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

- 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि मैं या मेरा हॉस्पिटल और मैं ही भविष्य में किसी भी सहायता को प्राप्त करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता नहीं ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगा है कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/प्रक्रिया द्वारा प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा हॉस्पिटल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हॉस्पिटल सहायता प्राप्त करने के लिए किसी भी सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्रदान की गई है, उसी पर हमारा हॉस्पिटल द्वारा ही सहायता या बिना हमारे हॉस्पिटल/हॉस्पिटल का सुझाव के ही सहायता को प्रदान करने का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिए हमारा हॉस्पिटल ही सहायता को प्राप्त करने के लिए अधिकृत सुरक्षित रहता है और "कोशिका" को कोई सुरक्षित या जिम्मेदारी इस सहायता में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

नवीकृत की लिए संस्तुति

Mr. LAXSHMIPATHI 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

Dr. FREETHI E
M.B.B.S., D.O., F.R.C.S.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हमारे डॉ. का नाम और हस्ताक्षर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2