

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Soul of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		B/0925/1913		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि		22/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम			AGE-YEARS आयु-वर्ष		SEX लिंग		
Muniyappa			66		m		
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम							
Sh. Muthyalappa							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता							
Near Pandur Pharmacy							
Devarahi, Kottalatti, Bangalore, Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता							
ee							
OCCUPATION : व्यवसाय				☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
10000/-							
PAN No. (आपका पास है/नहीं है) : आपका आय कर पहचान संख्या (आपका पास है/नहीं है)							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे या सभी का चिह्नित करें)							
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 क्या संबंध			
01	Jayamma	51	F	Wife			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न कारण							
☒ BPL Card (Attach Card Copy) सभी सदस्यों के लिए प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और संपत्ति प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☒ Bham Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न लक्ष्य का उद्देश्य							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्टें/प्रातिपत्र संलग्न की गई हैं या नहीं/अन्य प्रमाण प्रस्तुत करें						
01	Diagnosis:- RE - cataract						
02	Surgeon:- RE - cataract + p.c.c.d						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है/नहीं?							
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लक्ष्य प्राप्त सहायता का 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस सहायता को "बोशिका फाउन्डेशन", से लेने का उद्देश्य है, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रारूप में गदा गदा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य की नहीं है, इस राशि का अधिक या कम किसी किसी अन्य प्रोविडेंट/इन्सुरेंस कंपनी से या से लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा स्वीकार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-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 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 प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपने स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "बोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रारूप में प्रकाशित करें, इसे "बोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्रों, वेबसाइटों से लुटे गये। गतिविधियों और उपलब्धियों के बारे में किसी भी प्रकार के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे इसका विवरण में प्रकाशित करने का मत में करने के लिए "बोशिका फाउन्डेशन" में अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में प्रकाशित है लुटे गये। सहायता का स्वीकार नहीं करता। इस प्रारूप में "बोशिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्रों, वेबसाइटों का प्रचारित अधिकृत और अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

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, हमारे यहाँ की स्वीकृत हस्ताक्षर/अंगूठे को "बोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हॉस्पिटल) निराश्रित प्रकाशित करने का वादा नहीं करता है।

1) यह कि न तो हमारे यहाँ और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या से लुटे है, जैसे कि हमने "बोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश उक्त के सहायता में "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा स्वीकार हेतु किया है। यदि "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी स्वीकृत/स्वीकृत हेतु स्वीकार नहीं किया जाता है तो हमारे यहाँ किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्वीकार किया जाता है कि सहायता सिफारिश करने पर उक्त रोगी/रोगी के लिए किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से लुटे सहायता नहीं लेता।

2. "बोशिका फाउन्डेशन" से लेने का उद्देश्य केवल वित्तिय सहायता की है। रोगी का उपचार प्रारूप या चिकित्सा उपचार के लिए जो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "बोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इससे हमारे यहाँ के रोगी के उपचार चुनाव और करने का कोई भी अधिकार/अधिकार रोगी एवं हॉस्पिटल को होता है और "बोशिका" को कोई भुविगत या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संमति

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

22/9/25

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

हस्ताक्षर का नाम व प्रमाणपत्र व तारीख

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आशी इश्वरदास

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आशी इश्वरदास