

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1927

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

23/7/25

NAME of APPLICANT

आवेदक का नाम

Nagarathamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME

पिता/सहोदर का नाम

Nk Shankarappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासी पता

Honnawatti

Tiptur (D)

Tumkur (D)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासी पता

Karnataka



PR op - PR op
1927 - Nagarathamma

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. पैन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उसे 'X' 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) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध
1	Shankarappa	54	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किसी आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेश की प्रमाण पत्र
(इसका पत्र भी साथ ही प्रस्तुत करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अर्थव्यवस्था कमजोर वर्ग प्रमाण पत्र
(इसका पत्र भी साथ ही प्रस्तुत करें)

Ration Card

(Attach Card Copy)

रसदानी कार्ड
(इसका पत्र भी साथ ही प्रस्तुत करें)

Aadhaar

Basic Proof

अन्य कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किसका उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached जनसंख्या/प्रीस्क्रिप्शन जो चर्चा की गई प्रमाणित दवा प्रमाणित
1	Diagnosis - RE cataract LE cataract
2	Surgery - RE cataract + PCICL

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोतों से प्राप्त प्राप्त है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED कितनी राशि सहायता मिली

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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया हो तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", से लेता हूँ कि मैं, इसका उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु अब और भविष्य में भी, इस उद्देश्य के अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पूरा नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी को "उद्देश्य" के लिए सहायता देने के लिए मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण का उपयोग करने की अनुमति देता हूँ। इस सहायता को केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग केवल उद्देश्य के पूर्ण में ही किया जा सकता है। कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का निशान

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 सार्वजनिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम या हमारे भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले सकते हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उपचार का चयन रोगी और हॉस्पिटल के बीच है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी प्रकार से प्रभावित नहीं होता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत के लिए सिफारिश

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

23/9/25

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

डाक्टर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अधीनस्थ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अधीनस्थ 2