

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building back of life

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

B/0925/1930

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

23/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Siddappa.

AGE-YEARS मनु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Kar. Banappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Rampur.

-Atarlat (H) -Harsan (H)

Katratali

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Katratali



pre op - post op
1930 - Siddappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी या निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध
1	Anshu	31	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए कौन सा आधार

☒ ID Card (Attach Card Copy) राशिकी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मरी निशानी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रेस्क्रिप्शंस संलग्न
1	Diagnosis - Rt. cataract
2	Lt. cataract
3	Surgery - Rt. cataract + PCD

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिली क्या है?

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले:

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मानकर झूठ बताया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह अन्यत्र भी नहीं है, उस मदद का अधिक या कमता किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदन करने वाले)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 तरह का अपने हस्ताक्षर या मुद्रा की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) इससे सहमत हो जाऊँगा कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यासीय" को अपेक्षित मदद के लिए मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह से प्रयोग होंगे, जैसे "कोशिका" द्वारा जारी की जाने वाली प्रचारित सामग्री में मुझे प्रदर्शित किया जायेगा। मेरे नाम का प्रयोग मेरे उद्देश्यों के लिये "कोशिका फाउंडेशन" में जारी किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के जारी करने के अधिकार है। सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सहायता के "कोशिका" द्वारा जारी की जाने वाली जानकारी के अनुसार।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदन करने वाले का हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा सहमत)**

- 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.
- इससे अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से (हस्पताल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बन्ध में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त न हो। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ हम मान्यता देते हैं कि सहायता केवल वित्तीय है और "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी भौतिक या चिकित्सीय सहायता नहीं मिलेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त होगी, उसे हमें अपने रोगी/रोगी के चिकित्सा/उद्देश्यों के लिये ही उपयोग करने के लिए ही मान्यता देते हैं। "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता का कोई भी भौतिक या चिकित्सीय सहायता नहीं मिलेगी। इससे हमें सहायता के लिये हमें अपने रोगी/रोगी के चिकित्सा/उद्देश्यों के लिये ही मान्यता देते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI H**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE****(Authorised Signatory)****(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Hospital)
Vasanthnagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/24

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

डाक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2