

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building Stock of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1931

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Marulaniddappa

AGE-YEARS (वर्ष)

70

SEX (लिंग)

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Ranganappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास)

Karnataka - Hassan (H)

Hassan (H) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास

Karnataka


 pd. of - post op
 1931 - Marulaniddappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आम आय कर देता हूँ (जो मान्य हो उस पर तिकी या निशान लगाएं)

Yes / हाँ

No / 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 क्या संबंध
1	Hema	40	F	Daughter in law

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

RPL Card (Attach Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जायेगी)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय की जांच पर (आय पर की जांच की जायेगी)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय पर की जांच की जायेगी)	Any Other Reason/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लगे किसी का वर्णन:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रातिपद से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों
1	Diagnosis: RE - cataract RE - cataract
2	Diagnosis: RE - cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED ले 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 4) मैं शीघ्रता बताऊँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। जो कोई विवरण एवं सत्यता अलग-अलग सच बताए है उसे मेरी स्थापना विचार की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गंभीरतापूर्वक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद करेगी, जो कि मेरी स्थापना के लिए है, जो इस प्रकरण में मदद करेगी।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस स्थापना से प्राप्त की गई मदद, इस स्थापना का अधिकार या अधिकार किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और मैं इस स्थापना में मदद नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-up/republish 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 प्रकरण में मेरी स्थापना या अर्शक की स्थापना, मैं (अर्शक) इससे सहमत हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकार है कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रकाशित करें, जो "कोशिका" नाम की स्थापना, या, सचमुच में मुझे प्रदान की गई मदद के बारे में मुझे सूचित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी स्थापना के अधिकार से प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" नाम की स्थापना से मदद ले सकते हैं। इस स्थापना में "कोशिका" नाम की स्थापना का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँ का निशान

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

- 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 करने वाले के द्वारा हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में मदद न ले सकते हैं।
- 1) यह कि हम (हॉस्पिटल) और हम (हॉस्पिटल) में वित्तीय सहायता किसी भी स्थापना या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/निर्देश प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा मदद ले रहे हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं प्रदान की जाती है तो हम (हॉस्पिटल) किसी अन्य स्थापना या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखते हैं। हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम (हॉस्पिटल) द्वारा प्राप्त की गई मदद के लिए हम (हॉस्पिटल) को पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से हम (हॉस्पिटल) को वित्तीय सहायता दी जाएगी। हम (हॉस्पिटल) द्वारा दी गई मदद या किसी अन्य स्रोत/बीमा का प्रयोग नहीं करेंगे। हम (हॉस्पिटल) को वित्त का निपटारा है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी भी स्थापना के लिए मदद नहीं दी जाएगी। हम (हॉस्पिटल) को वित्त का निपटारा है और "कोशिका" को कोई भी स्थापना या किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं लेनी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संरक्षित

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**

Authorized Signatory

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Yashwanth Nagar, Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

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

डॉक्टर का नाम और रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंतर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2