

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (आरोग्य देखभाल)		 Koshika Foundation Building Mind of the Nation			
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 8/0925/1932		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 23/9/25		  PR of - Pratik 1932 - Honnamma			
NAME of APPLICANT / आवेदन का नाम : Honnamma		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 60				SEX / लिंग : F	
FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : W/o Siddappa		PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास पता Chhatra - Aralek (T) Karnataka PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास पता Chhatra - Aralek (T) Karnataka					
OCCUPATION / व्यवसाय : Home maker						MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित) ☒ ☐	
TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय : Nil						(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	
PAN No. / PAN संख्या : Nil		YES YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) (आप आय का दाता हैं (जो लागू हो उसे 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 / आवेदन के साथ संबंध			
1	Siddappa	56	M	Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार							
☒ BPC Card (Attach Card Copy) पोषी रिकार्ड की नकल प्रमाण पत्र (अलग पत्र की आवश्यकता नहीं)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग की प्रमाण पत्र (अलग पत्र की आवश्यकता नहीं)		☐ Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड का प्रमाण पत्र (अलग पत्र की आवश्यकता नहीं)			
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण							
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु निम्न कारण लिखें या चिह्नित करें:							
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/प्रीति से जारी की गई प्रमाणित दवाइयों						
1	Diagnosis :- RE - cataract						
2	Surgey :- RE - cataract + pex						
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता मिले या नहीं मिले इसका उल्लेख करें							
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / की गई सहायता राशि					

DECLARATION by APPLICANT: अर्थक प्रमाणित

- 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 injection/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/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि इस प्रमाण पत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा दावा किया जायेगा तो मेरी प्रार्थना निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसी के साथ ही यहाँ पर "उद्देश्य" के अन्तर्गत दिये गये उद्देश्य के अन्तर्गत ही इस सहायता का उपयोग करूँगा, जो इस प्रमाण पत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर कहता हूँ कि मैं इस सहायता के लिए या भविष्य में नहीं हूँ, जो इस सहायता के अन्तर्गत या किसी अन्य स्रोत/कर्मचारी/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो सके।

AGREEMENT by APPLICANT (APPROX. 200 WORDS)

- 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 प्रश्न का उत्तर इसका या नहीं की बात समझना है। (जवाब) जहाँ जहाँ की मुझे प्रश्न है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायी" को अधिकृत करने है कि मैं या, या, पत्नी और मे विभाग इस प्रश्न में सहित है, उसे "कोशिका" नाम न्यायी, या, सम्बन्ध हमें उत्तर में मुझे योग्यताओं और उपस्थिति में निम्न किन्हीं की उदात्त नामों से प्रशस्ति करने में लिए अधिकृत है; जो प्रश्न का विभाग को उत्तर में उत्तर में या या में करने में लिए "कोशिका फाउंडेशन" के न्यायी अधिकृत है।
- 2) है। (जवाब) इस बात में समझ है कि मैं या, या, पत्नी और विभाग को कि नामों के उत्तरों में सहित है मुझे उत्तर: नामों का उत्तर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" नाम नाम न्यायी का निर्णय अंतिम और सम्बन्धी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधिक जानकारी के लिए कृपया हमें कॉल करें 011-26109600



AGREEMENT by HOSPITAL (FUTURE USE ONLY)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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 it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This combination 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, इसकाही को जोर से पढ़ाते-लेखते को "कॉलेजियल चटपटेरा" से मिलियन पकड़वा लेने विचारों को बली है, जिसे इन (इंग्लिश) जिन्म प्रकाश से बचाने व बलीकर काटते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वायंभूवर्षी च संविद्विद्वत्सु

Mr LAKSHMIPATHI M

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

OUTREACH SANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Evident Trust)

Mrs. M. K. Nataraj, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

STUDY NUMBER

SIGNATURE of TRUSTEE 2

2001

Exempel

212