

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building Lives of Hope

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

B/0925/1938

APPLICATION DATE

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME OF APPLICANT

आवेदन करने वाले का नाम

Rangamma

AGE/YEARS

वर्ष/वर्ष

62

SEX

लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME

पिता/पत्नी का नाम

Mr. Rangamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

A/E colony, J.P. Nagar, Arasikere (A)

+ Land (D) Kakkalake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता

to


 PR of - full of
1938 - Rangamma

OCCUPATION

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो प्रमाण हो उस पर 'हाँ' का चिह्न लगाएं)

Yes / NO

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS (परिवार विवरण)

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) वर्ष (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदन करने वाले का संबंध
1	Siddappa	41	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी कारण

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Bhamin Card (Attach Card Copy) उच्चवर्णता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसी भी किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़े की गई प्रतिलिपि संलग्न करें
1	Diagnosis - RE - pycd IE - Cataract
2	Diagnosis - IE - Cataract - pycd

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है/

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

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बनाने अथवा प्राप्त प्राप्त करने के लिए गलत जानकारी दिये जाने का प्रयास किया जाये तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के लिए किया जायेगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद से भुगतान के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और भविष्य में नहीं लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा सहमति)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publicity/print-up/produce 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 it's 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 पर मेरी हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कॉशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के लिए उपयोग कर सकते हैं, जो "कॉशिका फाउंडेशन" के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए या "कॉशिका फाउंडेशन" के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए। इसका उपयोग मेरे उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कॉशिका फाउंडेशन" को प्रसारित करने के लिए उपयोग करने से मेरी मदद के लिए या मेरी मदद को जारी रखने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं मिलेगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली की छाप

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

- 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से यहाँ घोषणा की जाती है कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में मदद के लिए सहमत हैं।
- 1) यह कि हम या किसी अन्य स्रोत से मदद नहीं ले रहे हैं, जो कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद के लिए माँगा है। यदि "कॉशिका फाउंडेशन" हमें मदद नहीं देता है, तो हमें अपने अभाव को किसी अन्य स्रोत से पूराने का अधिकार होगा।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से मदद केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार और उसकी सुरक्षा के लिए हमें पूरी जिम्मेदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संकेतित

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)****Vasanthanagar, Bangalore-52**

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

23/5/25

Dr. PREETHI, S.K.**M.B.B.S. CO. F.R.C.S. (C)****(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)**

हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आवश्यक हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आवश्यक हस्ताक्षर 2