

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन फार्म		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Trust of the Nation	
APPLICATION No. आवेदक क्रमांक :		B/0925/1943	APPLICATION DATE: अर्पण तिथि		23/9/25
NAME OF APPLICANT / आवेदक का नाम		Banavaraj S.M		AGE-YEARS आयु-वर्ष	40
				GENDER लिंग	M
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PARENTS' RESIDENCE ADDRESS (Temporary) वर्तमान निवास पते पर Shankar Karabale - Habla - Amalner (H)					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पते पर Habla (N) Karabale					
OCCUPATION : व्यवसाय unemployed					
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)					
PAN No. प्राप्त या नहीं बनाया गया है ?					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप एक आय कर दाखिल करने वाले हैं? (जो सत्य हो उसे चिह्नित करें।)					
FAMILY DETAILS परिवार विवरण					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्या का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से क्या संबंध	
1	Ganeshwar	66	F	wife	
"BASIS" for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता को सिद्ध किससे आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे उपस्थित है (प्रमाण पत्र की साथ ही सबूत जोड़ें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और सम्पत्ति सीमा में आती है (प्रमाण पत्र की साथ ही सबूत जोड़ें)		☒ Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड जारी है (प्रमाण पत्र की साथ ही सबूत जोड़ें)	
☐ Any Other Basis/Proof कोई अन्य आधार					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE सहायता हेतु किने गये किसी काम उद्देश्यः					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सीय रिपोर्टों की नक़्तें जिनके सहित दवाई दी जा रही है				
1	Dyspepsia - AC - Intestine st-prid				
2	Epilepsy - RC - catenaxt - epiril				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई भी अन्य सहायता मिली है या नहीं यह लिखा जाए					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेनी वाली राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्पक 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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से मिली सहायता केवल उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए ही प्रयोग करने, जो इस प्रकरण में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं है, उस राशि का कोशिका या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही कोशिका में लौटाया।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्पक द्वारा स्वीकार)

- 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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्पक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् भरोदारों, दान, आभारदात दूसरे उद्देश्य से चुकी विविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निष्पत्ति मेरे प्रकरण के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्पक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अर्पण से प्रेरित है कुछ नहीं। सहायता का अर्पण पूरी तरह से इस संस्था के "कोशिका" एवम् उसके भरोदारों का निर्णय और सहायता ही होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्पक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (स्पष्टांतर द्वारा स्वीकार)

- 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, 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.
- इसके अधिकृत, इसका स्वीकार की जाएगी कि "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकरण में पाने से अधिकृत करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी क्योंकि हमें पता है कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो हमारा, किसी अन्य स्रोत सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले स्रोत/सहायता हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेती।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता संस्था वित्तिय प्रकृति की है। हमें पता है हमारा प्रकरण ही यह प्रकरण कि हमें यह सहायता/सिफारिश का चुनाव करने एवं हमारा को सही का निष्पत्ति है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसीलिए हमारा न ही हमें सहायता प्राप्त और जाने जाने की सही सिफारिश करने एवं हमारा को सही और "कोशिका" को अपने अधिकृत या सिफारिश करने वाले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory
at Hospital)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Eye and Trust)

Wazirpur, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

23/9/25

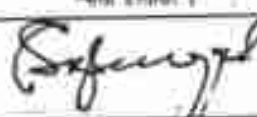
Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S., D.O., F.D.O., F.P.S.C.
(General) Cataract and Refractive

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदा इलाका 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदा इलाका 2

