

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building trust of life
APPLICATION No.
आवेदन संख्या :

A/0925/1956

APPLICATION DATE
आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT
आवेदक का नाम

Mahalingaiah

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME
पिता/पत्नी का नाम

S/o Kanchappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Chittannamalai, Kankapeta (T)

Ramarasala (M), Kankapeta

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता


 pre op - post op
 1957 - Mahalingaiah
OCCUPATION
व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

18000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. पत्राई आय कर संख्या

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

हाँ/हाँ नहीं/आय का दाता है (जो प्रमाण हो उस पर 'हाँ' का चिह्नित करना)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वय (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	Shagamma	45	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्न विकल्प

BP/Card (Attach Card Copy) लीडो टेबल के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय कर प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य निम्न का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medicine Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाइयों के लक्षणों की प्रतिलिपि संलग्न
1	Diagnosis - RE - p.c.d. IE - cataract
2	Surgery - LG - cataract + p.c.d.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है।

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):

- 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य प्रमाण प्राप्त नहीं करता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "कोशिका फाउंडेशन", को भी याद दिलाता हूँ, इसका उपयोग उम्मीद करने की पूर्णतः निषेध किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में मांग रहा है।
- 3) मैं पुनः कहता हूँ कि भविष्य में मैं या मेरे परिवार को नहीं है, इस रकम का आंशिक या पूर्णतः किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या तो प्राप्त है और न ही भविष्य में होगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, इसे "कोशिका" द्वारा या किसी अन्य माध्यम से मुझे सहायता देने के लिए प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी इस बात की घोषणा मेरी सहायता के चलते या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के अंतर्गत में प्रेषित है मुझे सहायता के इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा इसके भरोदारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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.
- हमने अधिकृत, हमारी ओर से और से चर्चा/रिपोर्ट को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रस्ताव से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करने की कोशिश करेंगे, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/रिपोर्ट प्राप्त की है। हमारे पास में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है तो हमें अपने स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के अन्तर्गत कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त करने के लिए किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से तो यह सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगीयों द्वारा दी गई सहायता या किने गये उपकरण/उपकरण का चुनाव हमारे एवं हमारे डॉक्टर का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसीलिए हमारे डॉक्टर को रोगी के हित में उपकरण चुनना और उसे करने की पूरी जिम्मेदारी हमारे एवं हमारे डॉक्टर की होती है और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संमति

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

(Name of Authorized Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

Dr. PREETHI B.K.
MBBS, D.O., FRCO, FRCR
Specialist Ophthalmologist and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का पत्र व इम्प्रेसन के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

भरोदार 2