

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन फार्म

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1960

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Beeranna

AGE-YEARS (पुरुष-पं)

SEX (महिला)

70

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Kanchanappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास पता

Vadagal

Srinagarapeta

Mandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (को प्रमाण दें कि आप या नहीं करदाता हैं)

Yes / No

हां / 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

☒ RPL Card (Attach Card Copy) पोली कार्ड के प्रमाण प्रस्तुत करें (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	☒ Rating Card (Attach Card Copy) रेटिंग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रमाण प्रमाण प्रमाण करें)	☐ Any Other Basis (अन्य कोई आधार)
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे किसे किसे का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/दवाखाने से जारी की गई प्रमाणित दवा प्रमाण
1	Dr. V. S. Srinivasan - RE - cataract
2	Dr. S. S. Srinivasan - RE - cataract
3	Dr. S. S. Srinivasan - RE - cataract + pterygium

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है?

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



PU op - Post op
1960 - Beeranna

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 सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जायेगा तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत, नियोक्ता या बीमा कंपनी से किसी भी प्रकार की रकम की रिहाई नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 प्रपत्र पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी जानकारी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके निदेशकों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा अपनी, दान, सहायता के माध्यम से वृद्धि गतिविधियों और उपस्थितियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का विवरण भी इसका उपयोग करने के बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" के अधिकृत अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना फाउंडेशन के निर्णयों से प्रभावित नहीं होगा। फाउंडेशन का निर्णय मेरी मदद के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय होगा और मेरी मदद के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा स्वीकार):**

- 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.
- इसके अधीन, हमारे अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले के द्वारा "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करते हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश करते हैं, जो कि हम "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिए हैं। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने आप से अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करते हैं। इस पुष्टि के साथ हम स्वीकार करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने का अधिकार नहीं है। हम पुष्टि करते हैं कि हमारे पास किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता के लिए सिफारिश करने का अधिकार नहीं है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा उद्देश्य के पूर्ण होने के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है। मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना फाउंडेशन के निर्णयों से प्रभावित नहीं होगा। फाउंडेशन का निर्णय मेरी मदद के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय होगा और मेरी मदद के लिए "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई मदद का निर्णय होगा।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए प्रस्तावित

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

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

Dr. PREETHI, B.M.**M.B.B.S., D.O., FICO, FRCO**

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

हस्ताक्षर का नाम व. रजि. नं. के साथ मुहर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आमो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमो हस्ताक्षर 2