

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No.

आवेदन संख्या :

13/0925/1961

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shivalingamma

AGE/YEARS आयु-वर्ष

55

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

Kallingawda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास स्थान

Kannakapuram,

Kannakapuram

Kannakapuram

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास स्थान

H

OCCUPATION:

व्यवसाय

Homemaker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो सत्य हो उसे या नहीं का चिह्नक लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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 आवेदक से संबंध
1.	Madamma	53	F	Mother

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता की निम्न किसी आधार पर

BPL Card (Attach Card Copy) भोजी रेशन कार्ड का प्रमाण पत्र (असल पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	BHS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (असल पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (असल पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basic/Proof अन्य कोई सबूत
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/निर्देश पत्र जो जोड़ेंगे
1.	Diagnosis KE - Cataract LE - Cataract
2.	Surgery LE Cat + FCIOL

ASSISTANCE BEING AWAIED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAIED जो यह सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT: **श्रीमते इति चेत्**

- 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 पर गारंटी करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना गया होगा तो उसे सही बताया गया होगा जो कि असत्य है।
- 2) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी राशि मिले, उसका उपयोग केवल प्रश्न में दिये गये उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ पर गारंटी करता हूँ कि मैं इस राशि को किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (signature and name)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 जवाब हमेशा या जहाँ की जगह सत्य है (आवेदक) अपने नाम की छवि साथ ही "कॉशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता है कि वे मेरा नाम, पता और जो बिना इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कॉशिका" द्वारा अपने, या, सचकायत पुराने इरादों से कुछी पीछिबिन्दों और जानकारीयों के लिए किसी भी प्रकार सचकायत से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का बिना मेरे इरादों के पहले या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" व उसके अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, पता और बिना जो कि जानकारी के इरादों से अधिक है पुराने सचकायत का इरादों को करता। इन सम्बंध में "कॉशिका" द्वारा अपने ट्रस्टी का निर्णय अंतिम और सचकायती होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

... ..



AGREEMENT by HOSPITAL: (HOSPITAL SIGN HERE)

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:

- (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/cases, 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/cases 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.

इसका अर्थ है, इसका भी जोर है माला-पोंरी को "कोलकाता फाउन्डेशन" के दिवस मनाया जा रहा है। जिसका (हस्ताक्षर) गिरा दया से सदा न मिलेगा।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

संजीवनी के लिए संभलति

Mr LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradhanjali Eye Hospital)

Vasanthakumari Bandopadhyay

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

हस्ताक्षर: २०२३.११.२३

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्ताधिक उपपन्नं हि

SIGNATURE of TRUSTEE 1

आपके लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आमो वामन २

20-04-2025