

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

3/0925/1971

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Purushothamma D

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o K.M. Dalappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

2nd cross Virendranagar, Kankurpur Taluk
Kannur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी निवास पता



pre op postop
197 Purushothamma D

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या

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

Yes / No

हां / नहीं

हैं/नहीं आय का प्रमाण है (जो लागू हो उस पर 'X' का चिह्न लगाएं)

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 क्या संबंध

BASES for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का प्रमाण प्रमाणित करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का प्रमाण प्रमाणित करें (आय का प्रमाण प्रमाणित करें)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) आवेदन करें (आय का प्रमाण प्रमाणित करें)	☒ Any Other Basis/Proof आय का प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मदद मिलनी चाहिए:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़े गए
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PCIO L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

सहायता के लिए कोई अन्य सहायता किसे आय का प्रमाण प्रमाणित करें?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE आय का प्रमाण का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो मदद प्राप्त हुई

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को भी खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस मदद से किसी भी अन्य स्रोत, या भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ही मिलाना है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक 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/print/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 पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से, कोशिका फाउंडेशन के लिए धन募集 और/या उसके गतिविधियों/उपलब्धियों के बारे में जानकारी के लिए किसी भी उद्देश्य के लिए प्रसारित कर सकते हैं। मेरे प्रश्न का विवरण भी इसमें उल्लिखित है कि मैं इस मदद को प्राप्त करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद माँग रहा हूँ।
- 2) मैं (अर्शक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका" को अधिकृत करने का अधिकार है। इससे मेरी मदद माँगने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित की गई किसी भी जानकारी को मैं स्विकारता हूँ।

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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 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.

- हमसे अधिकृत, हमारे द्वारा की जाने वाली स्वीकृति के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, क्योंकि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता की आवश्यकता है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा माँगी गई सहायता पूरी नहीं मिलती, तो हमें अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे हमें स्पष्ट होना चाहिए कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है।

1. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसे केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमारे और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की व्यवस्था केवल वित्तीय प्रकृति की है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संसुद्धिMr. LAKSHMIPATHI N
Senior ManagerOUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL(A unit of Shree Anand Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

DR. PREETHI B.S.
MBBS, D.O., FRCO, FRCO
(Name of Dr. & Regn. No. With Stamp)
हॉस्पिटल की स्वीकृति के लिए

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अर्शक द्वारा स्वीकार

SIGNATURE of TRUSTEE 1
ज्योती हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
ज्योती हस्ताक्षर 2