

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building heart of life.																																																								
APPLICATION No.: (आवेदन संख्या)		APPLICATION DATE: (आवेदन तिथि)																																																										
NAME of APPLICANT: (आवेदक का नाम)		AGE-YEARS मातृ-वर्ष		SEX लिंग																																																								
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: (पितृ/सहोदर का नाम)																																																												
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवासीय पता																																																												
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवासीय पता																																																												
OCCUPATION: (व्यवसाय)		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)																																																										
TOTAL ANNUAL INCOME: (कुल वार्षिक आय)		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)																																																										
PAN No. (आय का पहचान संख्या)		YES / NO हाँ / नहीं																																																										
FAMILY DETAILS परिवार विवरण <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. (क्रम संख्या)</th> <th>Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)</th> <th>Age (Years) (वर्ष)</th> <th>Gender (लिंग)</th> <th>Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)																																																		
Sr. No. (क्रम संख्या)	Name of Family Member (परिवार के सदस्य का नाम)	Age (Years) (वर्ष)	Gender (लिंग)	Relation with Applicant (आवेदक के साथ संबंध)																																																								
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न विकल्प चिह्नित करें <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)</th> <th>EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)</th> <th>Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)</th> <th>Any Other Proof अन्य कोई प्रमाण</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Any Other Proof अन्य कोई प्रमाण																																																			
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय का (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Any Other Proof अन्य कोई प्रमाण																																																									
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न गतिविधियों का उद्देश्य: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. (क्रम संख्या)</th> <th>Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/प्रातिपक्ष के साथ की गई प्रमाणित प्रतीति संलग्न)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>						Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/प्रातिपक्ष के साथ की गई प्रमाणित प्रतीति संलग्न)																																																					
Sr. No. (क्रम संख्या)	Medical Reports/Prescriptions Attached (अनुसंधान/प्रातिपक्ष के साथ की गई प्रमाणित प्रतीति संलग्न)																																																											
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हो रही है <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Sr. No. (क्रम संख्या)</th> <th>NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)</th> <th>AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (अंश प्राप्त सहायता का)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (अंश प्राप्त सहायता का)																																																				
Sr. No. (क्रम संख्या)	NAME of OTHER SOURCE (अन्य स्रोत का नाम)	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED (अंश प्राप्त सहायता का)																																																										

DECLARATION by APPLICANT (अर्शक द्वारा घोषणा कर):

- 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 प्रकरण में मिले गये सभी वित्तियन सहायता मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई वित्तियन सहायता प्राप्त करता है तो उसे सहायता वित्तियन की न्य अवधि है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता पूर्वक "बोशिका फाउंडेशन", से सहायता की है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रकरण में बताया गया है।
- 3) मैं पुनः घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न्य अवधि की नहीं है, नया सहायता का अर्थवित्तियन सहायता किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमत):

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/print-upon/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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "बोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में बोशिका फाउंडेशन, उनके "बोशिका" दस्तावेज, पत्र, पत्रिकाएं, दूरदर्शन के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकें। मेरी स्वीकृति के बिना, मेरी छवि और विवरण का उपयोग मेरी स्वीकृति के बिना "बोशिका फाउंडेशन" में नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के अर्थवित्तियन सहायता से मुझे सहायता का प्रस्ताव नहीं मिलेगा। इस प्रकरण में "बोशिका" दस्तावेज, पत्रिकाओं का उपयोग अर्थवित्तियन सहायता के लिए किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगुली की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमत):

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 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.

इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की और से मान्य/होती को "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तियन सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि इस (हस्ताक्षर) सिफारिश के बिना न सहायता मिलेगी।

- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तियन सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उसी रोगी/रोगी के लिए या से नहीं है, बल्कि कि हमने "बोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की सहायता से न्य अवधि की पूर्ति के लिए नहीं किया जा रहा है। यदि सहायता न मिलेगी तो हमें सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाला हॉस्पिटल ही सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।

2. "बोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तियन प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी को सहायता प्रदान की गई सहायता का निर्णय रोगी/रोगी के रोग का विवरण है और "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रस्ताव नहीं है। प्रस्तावित सहायता में रोगी के हस्तगत दस्तावेज और अन्य जानकारी के बिना सहायता प्रदान की जाती है और "बोशिका" को कोई भुविगत या वित्तियन सहायता प्रदान करने में नहीं होता।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संभव

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

Dr. PREETHI S.U.
M.B.B.S., D.O., M.D., F.R.C.S.
Surgical Consultant and Surgeon
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व प्रमाण पत्र नं. 1

Mr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Senior Manager of Authorized Signatory)
OUTREACH HOSPITAL
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasantham, Bangalore-52
नया संख्या 2

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
प्राथमिक हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
प्राथमिक हस्ताक्षर 2

[Signature]