

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Health of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		B/0925/1975		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि :		25/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Chittamma		AGE-YEARS : वयस वर्ष :		63	
FATHER/SPOUSE'S NAME : पिता/सहोदर का नाम :		No madalash		SEX : लिंग :		F	
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता Cuddamahalathi (M) yadakola Mysore Karnataka							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता _____							
OCCUPATION : व्यवसाय :				HOME MAKER MARKED (निर्दिष्ट) / UNMARKED (निर्दिष्ट नहीं)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय :				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. : यदि कोई हो तो : YES / NO हाँ / नहीं							
IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): यदि आप आय करदाता हैं (जो/किसमें से एक को चिह्नित करें)							
FAMILY DETAILS : पारिवारिक विवरण							
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध			
1	Madalash	41	M	Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न कारण							
☒ RPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) बचत योजना कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☒ Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उम्मीदवार सूची संलग्न						
1	Dr. Anguram :- Rt - Cataract Lt - Cataract						
2	Surgeon :- Rt - Cataract + p.p.s.d.						
ASSISTANCE BEING AWAIRED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु 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 AWAIRED कितनी राशि प्राप्त हुई है			

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान दया गया हो तो मेरी आश्रितता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को घोषणा करता हूँ "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका इस्तेमाल इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह प्रमाण नहीं दूँगा, कि मैं अन्य किसी भी स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से पैसे ले रहा हूँ और पैसे की आवश्यकता नहीं है।

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 its Trustees to use/publish/print/spin/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 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर मैं (अर्शक) यहाँ स्वीकार करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रसारित, प्रकाशित, मुद्रित, प्रसारित या किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं। इस उपयोग के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को मेरी सहायता के लिए अनुरोध किया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रसारित, प्रकाशित या प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है। इस उपयोग के लिए "कोशिका" द्वारा प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION - अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- 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.
- इससे अधिकृत, हमारे यहाँ के अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं:
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता नहीं ले रहे हैं, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी के उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हॉस्पिटल और रोगी के बीच की व्यवस्था पर निर्भर करता है, जो कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रभावित नहीं होता है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार/प्रक्रिया की सुरक्षा और सुरक्षा के लिए पूर्ण ज़िम्मेदारी होगी, और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भी भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकार के लिए सिफारिश

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Date of Surgery
शल्यचिकित्सा की तारीख

25/9/25

(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नंबर के साथ

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A Unit of Shreeganga Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अंदरूनी उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आजी इलाहा 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आजी इलाहा 2