

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of De.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1976

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

25/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shive Gawde.

AGE-YEARS (वर्ष)

65

SEX (लिंग)

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o putte gawde

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Nagarkotli - Karikuli (T)

Dahanu (M) Karmatoli

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास पता)

-



part of
1976 - shive gawde

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो राज्य को देना पड़ेगा) का विवरण दें।

Yes / हाँ

No / 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 क्या संबंध
1	Kajal Kishorema	55	F	N/A

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न आधार

☒ BPL Card (Attach Cert. Copy) पोषी रेशन कार्ड के प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु 75 वर्ष या कम का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरों की प्रतिलिपि
1	Diagnosis - RE - ptol
2	RE - ptol
3	Surgery - RE - ptol - ptol

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED कितनी राशि मिल चुकी है?

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र तथा मेरी मदद का कोई भी हिस्सा निरस्त कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", मेरी मदद का उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिए करेगा, जिस उद्देश्य के लिए मैंने इस मदद का अनुरोध किया था।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस मदद के लिए किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से किसी भी हिस्से का भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 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.

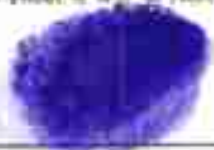
2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for resuming or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस फॉर्म पर मेरी हस्ताक्षर या मुद्रा लगाकर, मैं (अर्शक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस फॉर्म में प्रेषित करूँगा, जिसे "कोशिका" फाउंडेशन, पत्र, प्रकाशन, मुद्रा, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य माध्यमों के माध्यम से मेरी मदद के लिए प्रेषित करेगा। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने से पहले या बाद में किया जा सकता है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा प्रेषित किया जा सकता है। इसका उपयोग कोशिका फाउंडेशन द्वारा मेरी मदद के लिए प्रेषित करेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएं 엄指 छाप:

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)**

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.

इससे अधिकतर, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से किसी भी वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) इस फॉर्म पर अपना सहमति दे रहे हैं।

1) यह कि हम कोशिका फाउंडेशन से वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जिसे हम (हॉस्पिटल) इस फॉर्म पर अपना सहमति दे रहे हैं। यदि कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध की गई सहायता पूरी नहीं मिलती है, तो हम (हॉस्पिटल) को सहायता के लिए अन्य स्रोतों से अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इससे यह स्पष्ट होता है कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। हम (हॉस्पिटल) इस फॉर्म पर अपना सहमति दे रहे हैं कि कोशिका फाउंडेशन को सहायता के लिए अनुरोध करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत व्यक्ति के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

**Senior Manager
OUTREACH BANGALORE**

(Name of Authorised Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Sri Lanka Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

25/9/25

Dr. PREETI B.K
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम और पंजीकरण नंबर के साथ छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

[Signature]