

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building Block of Life	
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: B/0925/1978		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 26/9/25		 preop - postop 1978 - Nahima	
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Nahima		AGE-YEARS माता-पिता: 59	SEX लिंग: F		
FATHER/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: W/o Sardar					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान निवास: Ambedkar colony, Farakka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास: Bangalore, Karnataka					
OCCUPATION: व्यवसाय: Home maker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): ☒ ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: 0		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)			
PAN No. (आवेदन करने वाले का): 0					
☒ ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) मैं आय कर कादाता हूँ (जो लागू हो उसे चिह्नित करें)		Yes / हाँ No / 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	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निम्न आधार:					
☒ BPL Card (आवेदन पर जो आधार प्रमाण प्रस्तुत करें)		☐ EWS Certificate (आवेदन पर जो आधार प्रमाण प्रस्तुत करें)		☒ Ration Card (आवेदन पर जो आधार प्रमाण प्रस्तुत करें)	
☐ Any Other Basis/Proof (आवेदन पर जो आधार प्रमाण प्रस्तुत करें)					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निम्न उद्देश्य का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रातिपक्षिक प्रमाण प्रस्तुत करें				
1	Diagnosis: - RE - cataract				
2	Diagnosis: - RE - pterid				
3	Diagnosis: - RE - cataract + pterid				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता प्राप्त करने का प्रमाण प्रस्तुत करें					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED उसी उद्देश्य के लिए		

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 प्रकरण में मिले गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं प्रमाणित पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मिले जा रही है, सहायता इत्यादि उसे उद्देश्य की पूर्ति के लिये बिना किसी, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके किसी भी हिस्से के, इस उद्देश्य का अतिरिक्त या अलग किसी किसी अन्य प्रोत्तिविकसक/रोक/अन्यत्र से न ले रहा हूँ 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 & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकरण पर अपनी हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हैं, इसे "कोशिका" द्वारा यादगार, प्रसारण, प्रकाशन, प्रसारण के माध्यम से या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा का विवरण मेरे प्रकरण के बारे में मेरे नाम के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के प्रदान करने के अधिकार के बिना है। प्रदान करने का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रदान की गई जानकारी को अंतिम और स्वीकार्य मानें।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक का हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान

**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, हमारी ओर से यहाँके/यहाँ की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में भय न अधिकृत करते हैं।

1) यह कि न तो अर्शक और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होएगी/पाएगी से अर्शक या उसे कोई है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया प्राप्त की सहायता में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/प्रदान हेतु मांगी नहीं किया जाता है तो हमारा ज़िम्मेदार अन्य भी सहायता योग्य या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा/हमारे द्वारा प्रदान की गई सहायता हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेने/लेगी।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से मिले गये सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या इच्छा करने वाले की गति सहायता या किसी अन्य सहायता/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं सहायता के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा/हमारे रोगी के प्रकरण, प्रकृति और अन्य जानकारी को सही/सिफारिश लेगी एवं सहायता की होगी और "कोशिका" को कोई प्रतिकार या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shradha Eye Care Trust)****Vasanthnagar, Bangalore-52**

Date of Surgery

अपरेशन की तारीख

26/9/25

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

डॉक्टर का नाम व संख्या व सील, इ.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अधीनस्थ 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अधीनस्थ 2