

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1983

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhuvaneshwari

AGE-YEARS वर्ग वर्ष

67

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

N/A Chandraamali

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Maddalapalya Nagalahalli

Bengaluru Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता



pe of - post of
1983 - Bhuvaneshwari

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. (आय कर पहचान संख्या)

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

हाँ/नहीं आय कर का दाता है (को चयन करें उस पर चिह्न करें जिसका उपयोग करें)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता की निम्न विधि का आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (आय पर की जांच की जा चुकी है)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पर (आय पर की जांच की जा चुकी है)	☒ Ration Card (Attach Copy) आवश्यक बरत (आय पर की जांच की जा चुकी है)	☐ Any Other Basic Proof आय का कोई प्रमाण
---	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु किसे एवं किस प्रकार का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई डॉक्टर की पर्ची
15	Dr. Jyotsna - RE - cataract SE - cataract
16	Dr. Jyotsna - RE - cataract + p. val

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य की हेतु कोई अन्य सहायता किसे एवं क्यों से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा बताना):

- 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 rescission/abolition.
- 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, seek 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 यहाँबत करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही हैं। यदि कोई झूठा बयान या कथन प्रस्तुत किया जायेगा तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस से बताना हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उसी उद्देश्य के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँबत करता हूँ कि मैंने भविष्य में इस सहायता को पूरा, या आंशिक रूप से वापस लेने के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा बताना)

- 1) By affixing my signature & thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publicize/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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप करके मैं (अर्शक) यहाँबत करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" और उसके ट्रस्टियों से "कोशिका फाउन्डेशन" के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य के लिये दूँगा, जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान की जाने वाली सहायता के लिये अनिवार्य है। इस उद्देश्य के लिये मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण का उपयोग मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्ण होने के बाद भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण के बिना सहायता के प्रदान करने में अर्शक को कोई भी अधिकार नहीं होगा। सहायता का प्रदान नहीं करना। इस सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा दिये गये निर्णय को अंतिम और स्वीकार्य माना जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा बताना)

- 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 अनिवार्य, हमारे द्वारा यहाँबत की जाने वाली सहायता के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता के लिये हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता लेने की योजना बना रहे हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता के लिये हम (हॉस्पिटल) को कोई भी सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो हम (हॉस्पिटल) को अपने आप से सहायता प्राप्त करने की योजना बनाने की आवश्यकता होगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर नहीं करता है कि हम (हॉस्पिटल) को "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त होने वाली सहायता का उपयोग करने की योजना बनाने की आवश्यकता होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अर्शक के लिये स्वीकार्य

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Saradha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery

उपचार की तारीख

26/9/25

Dr. PREETI S. J.

M.D. S.D. S.M. S.F.

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

हॉस्पिटल का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

अर्शक द्वारा

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अर्शक द्वारा

[Signature]