

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building health of life	
APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक : B/0925/1984		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 26/9/25			
NAME of APPLICANT / आवेदन करे वाला : Veeranna		AGE-YEARS / उम्र-वर्ष : 54		SEX / लिंग : M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : C/o Nimbappa		  one of - part of 1984 - Veeranna			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास : opp Nandimala Hall mill					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास : Rangachapur, Ramakrishna - Kalrahat					
OCCUPATION / व्यवसाय : coolie		☒ MARRIED (विवाहित) / ☐ UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : 1800/-		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / पैन नंबर : XXXX					
IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ☒ Yes / ☐ No					
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 / आवेदन करे वाले का संबंध	
1	Sujatha	22	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए निवेदन आधार:					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) राष्ट्रीय निम्न वर्ग के लोग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय और वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☒ Age Other Basis/Proof आय और अन्य आधार					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु निवेदन करने के लिए का उद्देश्य:					
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/वैद्यकीय से संबंधित कोई भी डॉक्टर/चिकित्सक द्वारा जारी की गई प्रतिलिपि संलग्न करें				
1	Diagnosis:- Rt- cataract				
	Lt- cataract				
2	Surgery:- Rt- cataract + p.c.d				
ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल चुकी है या नहीं?					
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / मिले जा रहा है राशि			

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा कथन):

- 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 यथावत कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत कथन अथवा सत्य नहीं है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इसा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से मिलेगी वह सही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में पता दिया है।
- 3) मैं यथावत कथन करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रपत्र नहीं भेजा है, उस राशि को अधिक या कमतर विभिन्न किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा कथन):

- 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-up/photocopy 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान, मैं (अर्शक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, प्रकाशित, प्रसारित, प्रसारण से इसकी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार में उपयोग करने के लिये अधिकृत है। मैं इसके साथ विवरण में इसका उपयोग करने या मेरे करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्जन के अधिकार हैं मुझे प्राप्त: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ की उंगली का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कथन):

- 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 अधिकृत, हमारा यहाँ की और से सम्बन्धित की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में नाम व सहमत करते हैं।
- 1) यह कि न तो भविष्य और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सहायी संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जायेगी, जो हमें प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अर्जन के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त करने के लिये है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/प्रकार हेतु प्रदान की जायेगी तो हमारा यहाँ की सहायता किसी अन्य किसी सहायी संगठन या किसी अन्य सहायता से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि के साथ यह कथन है कि हमारा वित्तीय प्रपत्र इस उद्देश्य हेतु दिये हैं।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त वित्तीय प्रकृति की है। ऐसी या हमारा प्रपत्र में नहीं प्राप्त है कि वह न तो उपचार/प्रक्रिया का चुनाव ऐसी एवं हमारा से चयन का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हमारा वित्तीय प्रपत्र प्रदान करने की उम्मीद किसी भी एवं हमारा की होगी और "कोशिका" की कोई प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिये संसुक्ति

Mr. LAKSHMIPATHI N**Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shradha Eye Care Trust)****Vesant Nagar Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/9/24

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

डॉक्टर का नाम व पंजीकृत नं. सह

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत प्रयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2