

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building blocks of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1985

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Mudlappa

AGE-YEARS (वर्ष)

65

SEX (लिंग)

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Clo Kunappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास)

Lingannarahalli, P. P. G. G. (T)

Thimmar (T) Kalraitaku

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS (स्थायी निवास)


 PR op - put op
 1985 - Mudlappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

CIN Employed.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि उपलब्ध हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उसे 'X' में चिह्नित करें)

Yes / No

हाँ / 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 के लिए किसी आधार

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	☒ Ration Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)	☐ Any Other Basis/Proof आय का प्रमाण
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached चिकित्सा/प्रातिपक्षिक प्रमाण प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - Rt - cataract
2	Lt - cataract
3	Surgery - Lt - cataract + pexid

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता रही

DECLARATION by APPLICANT: माहितदा देणें येथील सत्य

- DECLARATION by APPLICANT:** मैं यहाँ घोषणा करता हूँ:
- 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 प्रत्येक में दिये गये विवरण सही जानकारी के अनुसार सच एवं सही है। यदि कोई कथित सच नहीं होगा तो मेरी आवेदन पत्र और मेरे जारी किए गए मदद को खारिज करने/रद्द करने का कारण बन सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे कश्मिका फाउंडेशन से मदद मिलती है, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूंगा, जो इस प्रत्येक में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो आंशिक रूप से या पूरी तरह से मदद ले रहा हूँ और भविष्य में ऐसा नहीं करूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (unless otherwise noted)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/pull-up/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 it's 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 प्रश्न पर अपने उत्तरों का बोधो की साथ समझकर, मैं (अर्हक) अपने नाम की छवि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता और अन्य विवरण इस प्रश्न में वर्णित हैं, इसे "कोशिका" फाउंडेशन, या, आवश्यक होने पर/उद्देश्य के मुझे लक्ष्यीकरण और जानकारी के लिए किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण मेरे प्रश्न के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि फाउंडेशन के ट्रस्टी के प्रतिक्रिया है मुझे प्राप्त: फाउंडेशन का उपयोग नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" फाउंडेशन अपने अधिकारों का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपका जन्म १९५५ में हुआ था।



AGREEMENT by HOSPITAL: (PRINT OR TYPE)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika 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.

[illegible]

- [illegible]

2. "बौद्धिक संपदाधिकार" से ही वह संपत्ति संरक्षित किया जा सकता है। ऐसी ही संपत्ति का बिना किसी अनुमति के प्रसारण करना अवैध है। इसलिए इसका भी एक विशेष प्रावधान है। इससे स्पष्ट है कि बिना अनुमति के प्रसारण करना अवैध है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अतीवृत्तौ च लिख्य संश्रुति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shradana Cyl Care Trust)

(A unit of Shradha Chya Prekshu)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्याय ही मागावळी

SIGNATURE of TRUSTEE 2

पृष्ठ संख्या 1