

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

8/0925/1986

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

26/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Ramachal

AGE-YEARS मनु-वर्ष

73

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Krishnachal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान निवास पता

Banshelli

Mandya (H)

Mandya (H)

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता



pre op - post op
1986 - Ramachal

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

**N No. पत्र संख्या संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो लागू हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हां / 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 के साथ संबंध
1	Parhadamma	60	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय पर (प्रमाण पर की कृपया तिकी चिह्न लगाएं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग आय पर (प्रमाण पर की कृपया तिकी चिह्न लगाएं)	Ration Card (Attach Card Copy) आपूर्ति कार्ड (प्रमाण पर की कृपया तिकी चिह्न लगाएं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किस उद्देश्य का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेद/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी की गई डॉक्टरों की सूची प्रस्तुत करें
1	Diagnosis - RE - Cataract
	LE - Cataract
2	Surgery - RE - Cataract - PCTC

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED जो पत्र प्राप्त हुई

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 प्रकार में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य करने अथवा सत्य नहीं करने है तो धीरे साफ़ता निरास को यह धन्य है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "कोशिका फाउंडेशन", में ली जा रही है, इसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार में मांग गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु यह उद्देश्य को नहीं है, यह राशि का अधिकतम या कम से कम किसी अन्य प्रोत्साहित/कर्मचारी/बिमा कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीया

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार):

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-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 प्रकार में अपने हस्ताक्षर या मुद्रा के साथ सहमत, मैं (अर्शक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रसारित करें, उन्हें "कोशिका" दूरदर्शन, पत्र, पत्रिका/या दूरदर्शन में मुद्रा प्रसारित/या प्रसारित करने के लिए किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरे द्वारा या विवरण को हस्ताक्षर के पते या घर में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता को उद्देश्य में प्रसारित है मुझे नहीं, सहायता का हस्ताक्षर को करता इस माध्यम से "कोशिका" दूरदर्शन/या प्रसारित/या प्रसारित करने के लिए अधिकृत और जानकारी होता

APPLICANT'S SIGNATURE ON LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या मुद्रा का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार):**

- By affixing my signature, 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 it's 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 & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सम्मेलन/रोगी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश को जारी है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार में मान्यता देते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी जानकारी योग्यता या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होई/प्राप्त में लेने या ले ले रहे हैं, बल्कि कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उपाय से सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/कर्मचारी हेतु अनुमति को बिना प्राप्त है तो हमारा किसी अन्य से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकृत पुष्टि करता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता वित्तीय मदद उपाय होई/प्राप्त हेतु किसी से सहायता लेना या किसी अन्य सहायता से नहीं होई/प्राप्त।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी का इलाज/उपाय को यह सहायता या बिना ली उपाय/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को हस्ताक्षर द्वारा और करने को को पूरी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सहायता या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति को सिफारिश करता हूँ

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
OUTREACH BANGALORE

(Name of the Hospital/Institution/Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Sri Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन को तारीख

26/9/25

Dr. PRADEEP B.R.
M.B.B.S., D.O., FRCO
General Surgeon and Paediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम के हस्ताक्षर के साथ नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2