

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन फार्म)		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0925/1988		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 26/9/25		 pic of - post-op 1988 - Boromma	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Boromma		AGE-YEARS : वयस वर्ष : 68	SEX : लिंग : F		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम : N/A					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : Karagachelli, Nagahawali (T), mandya (D), Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : te					
OCCUPATION : व्यवसाय : Home maker		MARRIED (विवाहित) : ☒ UNMARRIED (अविवाहित) : ☐			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 0		(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
Do you have any other income? क्या आपके पास कोई अन्य आय है? (है/नहीं) ☒ ☐					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) क्या आप आय कर दाता हैं? (जो लागू हो उस पर तिक करें) Yes / हाँ ☐ No / नहीं ☒					
FAMILY DETAILS (परिवारिक विवरण)					
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) वयस (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक से संबंध	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किसी आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) भूखंडी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय वर्ग का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		☐ Ration Card (Attach Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किसे लक्ष्य किया जा रहा है:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन के साथ जोड़ दी गई प्रतिलिपि प्रमाण				
1	Diagnosis - RE - cataract				
2	Diagnosis - RE - cataract				
3	Diagnosis - RE - cataract + p.c.m.				
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रहा है:					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED जो प्राप्त किया जा रहा है			

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल आवेदनक द्वारा यहाँ उल्लेख की गई उद्देश्य के लिए ही किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की गई राशि, इस या किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से या किसी अन्य स्रोत से नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक 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/print/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में उल्लेख हैं, उन्हें "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसारित, प्रकाशित, प्रसारित या किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। इस प्रकार का प्रसारण मेरे नाम के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रकाशित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से नहीं किया जा सकता है। इस प्रकार का प्रकाशित करने के लिए "कोशिका" द्वारा प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा करार)**

- 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 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.
- हमारा अधिकृत, हस्ताक्षर को यहाँ से यहाँ तक के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किन्तु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे/प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोध किया गया है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रकार हमें स्पष्ट करना चाहिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के बिना हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाएगी, वह केवल वित्तीय प्रकृति की होगी। हमें यह स्पष्ट करना चाहिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के बिना हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी। हमें यह स्पष्ट करना चाहिए कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता के बिना हमें अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने की आवश्यकता नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

सिफारिश के लिए अनुमति

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shree Narayana Eye Care Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यायी हस्ताक्षर 2