

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)		(सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)		(स्वास्थ्य देखभाल)	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/0925/1996		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 26/9/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम :		Chandra		AGE-YEARS : वर्ष : 64	SEX : लिंग : M
FATHER/HUSBAND'S NAME : पिता/पति का नाम :		Hemagangawade			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास स्थान : H. Talagade, Hanuman, Marolli Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास स्थान : 11					
OCCUPATION : व्यवसाय : Coolie				MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय : 18000/-				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न करें)	
PAN No. : आय कर पैन संख्या : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय करदाता हैं (जो लागू हो उस पर टिक करें या खाली छोड़ दें)					
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) आवश्यकता के लिए चिह्नित करें					
RPL Card (Attach Card Copy) राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर से छूट प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)		Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड की प्रतिलिपि संलग्न करें (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	
Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण					
PURPOSE for REQUESTING ASSISTANCE: आवश्यकता हेतु किसे पत्र लिखने का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिपत्र संलग्न				
1-	Diagnosis KE - Cataract LE - PCICL				
2-	Surgery KE Cat + PCICL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के लिए क्या अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो प्राप्त सहायता है		

DECLARATION by APPLICANT (आवेदक 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 फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई निरासत एवं सत्य जानकारी गलत बताई है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गंभीरता से "बोशिका फाउंडेशन", से सही कर रही हूँ, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या भविष्य में नहीं हूँ, उस राशि का अधिक या समतुल्य किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार):

- 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 final and acceptable to me.
- 1) इस तरह का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ स्वीकार करता हूँ एवं "बोशिका फाउंडेशन और उसके भरोसे" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "बोशिका" दूरदर्शन, पत्र, संचारण द्वारा इंटरनेट से सुटी वीडियो और अन्य माध्यमों से लिखित करने से इसका उपयोग कर सकते हैं। मेरा नाम का प्रयोग मेरे उपचार के पक्ष में या मेरे कर रहे हैं "बोशिका फाउंडेशन" में जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रयोग है पूर्ण रूप से, सहायता का उपचार नहीं करता। इस मामले में "बोशिका" दूरदर्शन उसके माध्यमों का प्रयोग करेगा और संचारण होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION (आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान)**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार):**

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर को जोर से यहाँ/नीचे को "बोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से इस रोगी/रोगी के लिए या से रहे है, जैसे कि हमने "बोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनिमय प्राप्त के समर्थन में "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/सहायता हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारा किसी अन्य के सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य संचारण के सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि से स्पष्ट बात बता है कि हमारा वित्तीय सहायता इस रोगी/रोगी के हेतु किसी भी सार्वजनिक संस्था या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेती।

2. "बोशिका फाउंडेशन" से ही मैंने सहायता प्राप्त वित्तीय प्रवृत्ति को है। मेरी पर हमारा इस से वह सहायता या बिना मेरे उपचार/उपचार का पूर्ण रूप से पूर्ण हस्तगत के बीच का निशान है और "बोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई उपचार नहीं है। इसलिए हमारा वे रोगी के उपचार सुझा और जाने जाने को नहीं (कमिशन) मेरी एवं हमारा को रोगी और "बोशिका" को कोई दुरुस्ती या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संसुद्धि

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
Viz. 2nd Main Road, Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

26/3/25

Dr. PREETHI B.S.
MBBS, D.O., FICO, FRCO
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम, पं. नं. और छाप

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तर्गत उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
आमोदक संस्था 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
आमोदक संस्था 2