

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (सहायता हेतु आवेदन प्रारूप)				(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. / आवेदन संख्या : 13/0925/2000		APPLICATION DATE / आवेदन तिथि : 26/9/25					
NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम : Mariyamma		AGE-YEARS / आयु-वर्ष : 80		SEX / लिंग : F			
FATHER'S/SPOUSE'S NAME / पिता/पति का नाम : Hottappa							
PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान आवासीय पता : Hottappa Nagarajappa Nagarajappa							
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी आवासीय पता : 11						PICOP - Pictor Doco - Mariyamma	
OCCUPATION / व्यवसाय : Homemaker				MARRIED (Married) / UNMARRIED (Unmarried) : Married			
TOTAL ANNUAL INCOME / कुल वार्षिक आय : ---				(Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)			
PAN No. / आयकर पता संख्या : ---							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / क्या आप आयकरदाता हैं (जो बॉक्स को उभरे या नहीं का निर्णय लें) : Yes / हाँ ☒ Yes / हाँ ☐ No / नहीं							
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 / आवेदक से संबंध			
1.	Hottappa	70	M	Husband			
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता के लिए कौन सा आधार							
☒ RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आयदा है (आय 14 को देखें और प्रमाण दें)		☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय 14 को देखें और प्रमाण दें (आय 14 को देखें और प्रमाण दें)		☒ Ration Card (Attach Card Copy) उपभोक्ता कार्ड (आय 14 को देखें और प्रमाण दें)		☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु किसे करने किसे का उद्देश्य:							
Sr. No. / क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / स्वास्थ्य/दवा से संबंधित डॉक्टर के प्रमाण प्रस्तुत करें						
1.	Dignosis KE - Cataract LE - Cataract						
2.	Surgery LE Cat + PIGL						
ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कौन से अन्य सहायता किसे अन्य सहायता से किसे आयदा है?							
Sr. No. / क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य सहायता का नाम			AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / किसे कौन से सहायता आयदा है			

DECLARATION BY APPLICANT: ☐ YES ☒ NO (SEE RE:)

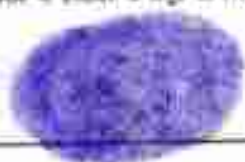
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 पर बताना हूँ कि इस प्रकार से मिले गये सहाय विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरास की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर बताना चाहता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा इस फॉर्म में बताये गये कार्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकार से था वही है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या कमता किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (write in ink)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print-upreproduce 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 प्रश्न का उत्तर दस्तावेज पर अपने ही हस्ताक्षर, मैं (आवेदक) अपनी छाप/चिह्न की जुड़ि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके त्रुस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है: मैं "कोशिका" द्वारा पानी, दान, सामग्रियों द्वारा स्वयंसेवा से जुड़ी पहल/प्रयत्न को प्रोत्साहित करने के लिए किसी भी प्रकार सामग्री से प्रशस्ति करने के लिए अधिकृत है: वो प्रश्न का विवरण या इसका वो पता या वह से करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से पानी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण वो कि प्रस्ताव को पूर्ण/अंश में पूर्ण नका, प्रस्ताव का इस्तेमाल नहीं करता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा उसके त्रुस्टी को निर्णय अधिकार और सामग्री देना।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संवेदनशीलता के अभाव में



AGREEMENT by HOSPITAL (FORM NO. 604)

By affixing her/his/their signature of our Authorized 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 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.

इससे बर्धमान, इलाहाबादी की ओर से महालेखों की "बोर्डिंग कार्डिनर" से अधिक साक्षात् हेतु विचारित की जाती है, किन्तु इन (इलाहाबादी) निम्न प्रकार से कार्य व प्रयोग करते हैं।

- 1) यह कि न तो महिला और न ही पुरुष में किसी प्रकार का भेद है। दोनों समान हैं।
2) "कोशिका पायटोसिस" से मतलब होता है कि कोशिका के अंदर की वस्तुएं बाहर निकल आती हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

अपनी कार्यवाही के लिए संयुक्त

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Registration & Stamp of Authorized Signatory
on behalf of Hospital)

(A unit of Shingora Eye Center Trust)

Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
 अर्पण की तिथि

11

26/9/25

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

1992年 第 1 期 第 1 页

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

संपर्क: ०२२-२५३४११

SIGNATURE of TRUSTEE:1

मनी मित्र ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

अथ प्रमाणम् ॥