

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 foundation
 Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

8/1025/2057

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

9/10/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Remukaradya

AGE-YEARS आयु-वर्ष

77

SEX-लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

S/o Shivaning

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.No 183 Valagemehalli Bagalur Hobli
Hassan District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

-11-


 pre op post op
 2057 Remukaradya

OCCUPATION:

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. सत्यापन संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनोद का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + pIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: ☐ YES ☒ NO

- DECLARATION by APPLICANT: **अभ्यर्थी द्वारा घोषणा पत्र**
- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जो सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पत्र पत्र है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सम्पूर्ण विमर्श किसी अन्य कोटिनिरोधक/बीमा कम्पनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (सहित छुट्टी काल)

- 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/put-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 fulfilment 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.
- 3) इस प्रश्न पर अपने इसका या अपने ही हस्त लगाना, मैं (अर्श्वरक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यायी, राज, साचनाम द्वारा इत्यादि में मुझे लक्षितियों और उपलब्धियों को लिखे किसी भी प्रकार सम्मान से प्रकाशित करने को तैयार अधिकृत है। ये प्रश्न का विवरण से इत्यादि को पता या रूप से करने को तैयार "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 4) मैं (अर्श्वरक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सम्मान को इत्यादि में प्रकाशित है मुझे सन्तुष्ट, सम्मान का हकदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अधिकारों के हस्तांतरण पर संसदीय विचार



AGREEMENT by HOSPITAL (TYPED OR PRINTED)

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.

इसकी ओर से कोई भी ज़िम्मेदारी नहीं लेता।
in the matter.

- 1) यह कि न तो संविधान और न ही अधिनियम में विहित अन्वेषण किसी भी साक्षरी संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उच्च लेवी/भायने से होने या ले रहे हैं, जो कि इनमें सम्मिलित नहीं होगी।
2) "कोशिका काउन्टेर" से जो गई सहायक संस्था विहित प्रक्रिया को है; लेवी या इम्प्लान्ट द्वारा की गई सहायक या किसी पात्र उपचार/प्रक्रिया का प्रभाव लेवी एवं इम्प्लान्ट को बीच का विवरण है और "कोशिका काउन्टेर" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसिले इम्प्लान्ट में लेवी को इलाज शुरू और करने करने को सारी जिम्मेदारी लेवी एवं इम्प्लान्ट की होगी और "कोशिका" को कोई भुविक्ता या जिम्मेदारी इस भायने में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

M.B.B.S., D.D., F.I.C.D., स्वीकृति के लिए संस्तुति

Solid-state Chemistry and Physics

Ophthalmology

TNMC Reg.No 85885

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

हस्तमं ब्रह्म नमः ॥ हस्तमं ब्रह्म नमः ॥

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/10/25

Dr. Lakshmi N

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Applicant)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यायी इन्द्रधर

SIGNATURE of TRUSTEE 2

म्यामी ब्रह्मचर्य ३