

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/1095 / 2071

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

10/10/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Prakash

AGE-YEARS आयु-वर्ष

61

SEX लिंग

M

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

Mallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Malthare, Bangalore
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

18000 / -

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्पष्टी खाता संख्या

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

हैं आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर घड़ी का निशान लगावें)

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
1-	Jacotha	45	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये किन्हीं आधार

BPL Card (Attach Card Copy) एरिबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प 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 किन्से गये निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1-	Diagnosis TR - FCID LE - Catract
2-	Surgery LE - Cat + FCID

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किन्सी अन्य स्रोत से लिये गए हैं?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा पर):

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत/झूठ साबित पाया जाता है तो मेरी आवेदन/सहायता को खारिज/रद्द कर दिया जा सकता है।
- 5) मैं इससे पुष्टि करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउंडेशन" से मेरी मदद मिलेगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही उपयोग करूँगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं भविष्य में अपने/मेरी/मेरी कंपनी के लिए किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो रकम की मांग करूँगा और न ही किसी भी सहायता के लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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-up/record 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.
- 3) इस प्रारूप पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोसे" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रारूप में प्रसारित करने के लिए उपयोग कर सकते हैं, जिससे वे मेरी मदद के लिए अन्य स्रोतों को ढूँढ सकें और मेरी मदद के लिए जानकारी को प्रसारित कर सकें।
- 4) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण को "कोशिका फाउंडेशन" के द्वारा अन्य स्रोतों को प्रसारित करने के लिए उपयोग किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक का हस्ताक्षर या अंगूठा लगाएं

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे की "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे रहे हैं।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उठा ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सहायता के लिए उठाया है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से हमें केवल वित्तीय सहायता मिलेगी। हमारे/हमारे की चिकित्सा/उपचार का चुनाव हमारे/हमारे की चिकित्सा टीम द्वारा किया जाएगा, जो कि हमारे/हमारे की चिकित्सा टीम और "कोशिका फाउंडेशन" के बीच की समझौता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. Lakshmi Prasad N(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
In-charge for Diabetes & Eye Care
(A unit of Shree Chakra Eye & Skin Trust.)

15/M, Thiruvananthapuram, India

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

10/10/25

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

डाक्टर का नाम व इलाका व डॉ. नं.

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

अन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2