

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Stock of Life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1025/2086**

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि **11/10/25**

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **Nanjamma**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष **65**

SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पति का नाम **N/O Hanumanthappa**



Pre op post op
2086-Nanjamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता
**H.No. 74, Peddakuballi, Main Road,
Bangalore, Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय **Home Maker**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य उतारना)

PAN No. उपरोक्त खाली रखना

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाखल हैं (जो लागू हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ)

Yes / No
हाँ / 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 संबंध
1	Hanumanthappa	51	M	Husband

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये किराई आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे आय पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कार्ट की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Dialysis D.F - Outpatient L.F - Outpatient
2	Surgery L.F - Out + P.O.P.C

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 सी गई सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा पर:

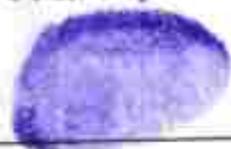
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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.
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकार के दिने कडे सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा सत्य बात है तो उसे सहायता पत्रित की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता पत्रित "कोशिका फाउन्डेशन", से भी जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार में सत्य सत्य है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह उद्देश्य की नहीं है, उस पत्रित का आर्थिक या सहायता विवरण किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 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 प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति को घोषित करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, न्यूज, पत्र, दूरदर्शन, प्रसारण, प्रकाशित करने के लिये किसी भी प्रकार सहायता से प्रचारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे प्रकार को पत्रित या करार में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" न जारी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य में प्रचारित है पूर्ण सत्य: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा अपने त्रस्टी का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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 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.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर को और से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) सिवा प्रकार में भय न स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनिर्दिष्ट सिफारिश/सहायता हेतु सहायता नहीं किया जात है तो अगलात किसी अन्य सि सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट बात जात है कि अगलात सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संस्था या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो सहायता केवल वित्तीय प्रकृति को है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सत्य सत्य या दिने सत्य सहायता/उपचार का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई सहायता नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के प्रकार सुरक्षा और जने जने को सही निगरानी लेने एवं हस्पताल को रोगी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

11/10/24

Dr. PREETHI B. K.
M.B.B.S., D.O., F.R.C.C.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम के हस्ताक्षर के साथ २

Mr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Designation of Authorised Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shri. Jha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामों हस्ताक्षर 1

Vas SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामों हस्ताक्षर 2