

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

**Koshika**  
Foundation

Building Block of life

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : **B/1025/2088**

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

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम **R. Kanaka**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **64** SEX लिंग **F**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कन्या का नाम **Shri Rajakannu**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता  
**H.No. 51, 5th Main Road, N.S. Building  
Okalipuram, Erismapuram, Bangalore**

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 संलग्न)

PAN No. स्पष्ट किया गया है (क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर 'हाँ' का विकल्प चुनिए) 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

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE** (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए विनिर्दिष्ट आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) बिपीएल कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एल्एस सीआर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) रेशन 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 निम्नी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई डॉक्टरीय सूची संलग्न
①	<b>Dialysis</b> RE- Cut LE- Cut
②	<b>Surgery</b> RE- Cut + PCICL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी 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: (आवेदक द्वारा करना)**

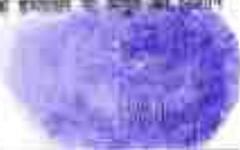
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस फॉर्म में धरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर घोषणा करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का अधिकतम या समस्त विवरण किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करना)**

- 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/post-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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) आवेदक शर्तों को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस फॉर्म में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, चिकित्सकों द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण मेरे इलाज के पत्रों या कार्ड में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से उल्लिखित है उसे केवल सहायता का इस्तेमाल नहीं करूँगा। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करना)**

- By affixing hereunder, signature of our Authorized 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 की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किसे इस (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्यता प्रदान की जाती है:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य सोर्स से उस रोगी/रोगी के लिये लेने के लिये, यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की जाती है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता सिफारिश की जाती है तो अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता सिफारिश करने वाले रोगी/रोगी के लिये सहायता संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं लेना होगा।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, रोगी पर हस्ताक्षर द्वारा ही सहायता का निर्णय लेना होगा, प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्ताक्षर के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये हस्ताक्षर के लिये सहायता संगठन और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्ताक्षर को होंगी और "कोशिका" को कोई जिम्मेदारियाँ इस सम्बंध में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए अनुमति

*Lakshmi*

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
4/10/25

Dr. PREETHI, B.K  
M.B.B.S. D.O. (P.G.) FRCO  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व टिंक

Mr. LAKSHMIPATHI N  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी)  
OUTREACH BANGALORE  
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Shri. Sri Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
ज्योती हस्ताक्षर 1  
*Sufyan*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
ज्योती हस्ताक्षर 2  
*Vasanth*