

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखपाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/1085/2105**

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

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

AGE-YEARS आयु-वर्ष **70** SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कन्या का नाम **Sho Doddachyigowda**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Hambalegowdamaaloddi (U) Koppa (H)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता
Maddur (U) Mandhale (U) Koppa (H)



Pre op post op
2105 - Kariyappa

OCCUPATION: व्यवसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय **18000**

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

PAN No. प्राप्त खाता संख्या
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSOR (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं): 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 सम्बन्ध
①	Manyamma	70	M	wife

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

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) सबसे नीचे के वर्ग के प्रमाण पत्र (उपरोक्त पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (उपरोक्त पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगिका कार्ड (उपरोक्त 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 जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE - Cataract LE - Cataract
②	Surgery LE - CATARACT

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य से 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 राशि

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.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे उदाहरण निरस्त भी हो सकती हैं।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में माया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैंने उदाहरण हेतु या प्रत्येक भी नहीं है, उस राशि का आर्थिक या वसूल किया किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कल)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.

- 1) इस तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'व्यक्ति' " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस उद्देश्य में प्रेषित हैं, उसे "कोशिका" एनएनडी, एनए, एनएलएएए टुलो उद्देश्य से मुझे वित्तिय और वसूलियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है; मेरे उद्देश्य का विवरण मेरे उद्देश्य के पत्रों या पत्र से करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व इसकी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी उद्देश्य के उद्देश्य से प्रेषित है मुझे पता; उदाहरण का हस्ताक्षर नहीं करता; इस सम्बंध में "कोशिका" एनएनडी व्यक्तियों का विवरण प्रेषित और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक को उदाहरण या अंगूठे का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा कल)

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.

- हमारा अधिकृत, उदाहरण भी और से सम्बन्धित को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उदाहरण उदाहरण से लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उदाहरण के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी आर्थिक/वसूल हेतु प्राप्त नहीं किया जाता है तो उदाहरण किसी अन्य भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि उदाहरण द्वितीय पर उदाहरण उदाहरण हेतु किसी भी सकारात्मक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेना/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता उदाहरण वित्तिय प्रकृति की है। उदाहरण पर हस्पताल द्वारा ही गई सहायता या विवरण मेरे उदाहरण/प्रक्रिया का चुनाव मेरी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई हस्तक्षेप नहीं है। इसलिए हस्पताल में उदाहरण के इलाज प्रकृति और जाने जाने को उदाहरण विवरण उदाहरण एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई वित्तिय या वित्तिय उदाहरण इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Lakshmi

Date of Surgery उदाहरण की तारीख 14/10/25	 Dr. PREETHI B.K M.B.B.S. NO. 5100/01 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) आवेदक का नाम व उदाहरण व तारीख	Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory) OUTREACH BANGLORE DIABETES & EYE HOSPITAL (Name of Hospital & Stamp of Authorised Signatory)
--	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Dr. Jadhava Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 व्यक्ति उदाहरण 1 <i>Sufyan</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 व्यक्ति उदाहरण 2 <i>...</i>
---	--