

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 8/1025/2138

APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 14/10/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Virupakshappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष 66

SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्प का नाम S/O Patel mallappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
Bommasahalli, Gundalpet (D), Channarayana  
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता



OCCUPATION : व्यवसाय Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का प्रमाण संलग्न)

PAN No. आय का प्रमाण संख्या  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आय कर दाता हैं (जो अन्य 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

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे इस्तेमाल 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) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किसे लक्ष्य दिवसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Diagnostics - RE cataract.
	RE cataract.
②	Surgery - RE cat + PCIOL

**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 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निवृत्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि "कोशिका फाउन्डेशन", से सहायक उपलब्ध होगी, तो मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रकरण में उल्लेखित है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायक, पूर्ण या अंशिक, के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायक लेऊँगा और न ही बीमा के लिये।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करार)**

- 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/pu-l-upreproduce 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यायोधी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में उल्लेखित है, उसे "कोशिका" नाम, पता, पता, चित्रण द्वारा उपरोक्त से जुड़ी लोकसंचार और प्रसारण के लिये किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के परतले या करार के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायोधी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायक के उद्देश्यों से प्रसारित हैं, उसके द्वारा सहायक का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं उसके न्यायोधी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्ताक्षर द्वारा करार)**

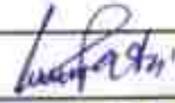
By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक लेने को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जो कि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त के अभाव में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायक किसी अतिरिक्त/सहायक हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से सहायक लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सहायक द्वितीय पदर उस रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायक संगठन या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेयासकेगी।
- 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो नु सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही नु सहायक या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल को बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इच्छा सुरक्षा और अपने करार की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

Dr. PREET RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
M.B.B.S., D.O. F.I.C.S. (Surgical) (Surgical)  
Specialist Cataract and Pediatric Ophthalmology  
TMC Reg No 65855

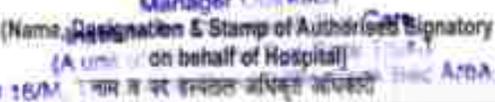


Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
14/10/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.

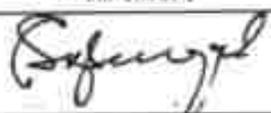


Mr. Lakshmi pathi N  
Manager Outreach  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory  
(A unit of on behalf of Hospital)  
# 16/M. नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी



**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
न्यायोधी हस्ताक्षर 1



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
न्यायोधी हस्ताक्षर 2

