

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building blocks of life.			
APPLICATION No.: आवेदन संख्या: 13/1085/2275		APPLICATION DATE: आवेदन तिथि: 28/10/25					
NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम: Jayamma		AGE-YEARS आयु-वर्ष: 60				SEX लिंग: F	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/सहोदर का नाम: Thangappa		PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता: Amrutha Hassan Amrutha Karnataka				Dr OP - Post OP 2275 - Jayamma	
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता: 11							
OCCUPATION: व्यवसाय: Homemaker		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित): MARRIED					
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय: —		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)					
FAN No. स्थानीय खाता संख्या: —							
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / हाँ No / 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 से संबंध			
/							
/							
/							
/							
/							
/							
/							
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए किनारे आधार							
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशू के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य 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 किसे गये किनारे का उद्देश्य:							
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न						
1.	Diagnosis KE - Cataract LE - PCORL						
2.	Surgery KE - Cat + PCORL						
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?							
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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायक निधि को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं पुष्टि करता हूँ कि यदि सहायक हेतु यह प्रबंधन की गई है, उस पर कोई भी व्यक्ति या संस्था किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड है और न ही अधिकार है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा करण)

- 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/print-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 तरह पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान, मैं (आवेदनक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस तरह में प्रयोग करें, जैसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, चान, वाचनालय द्वारा उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकाश माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे द्वारा या विवरण में हस्ताक्षर के बदले या कर के लिए "कोशिका फाउंडेशन" न किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायक के उद्देश्यों से प्रयोग है जुड़े सहायक का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रबंधन में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

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

- 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.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य न स्वीकार करते हैं।

1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायक किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य स्रोत से उठा लेगी/पामने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/चिन्ता उठा के प्रबंधन में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायक किसी अधिकृत/प्रकाश हेतु प्रस्ताव नहीं किया जाता है तो असमर्थता, किसी अन्य और सहायक संस्था या किसी अन्य संस्था/संस्था से सहायक लेने का अधिकृत सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय सहायक उठा लेगी/पामने में कि किसी और सहायक संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेगी/पामने।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही यह सहायक केवल वित्तीय प्रकृति की है। लेने या हस्पताल द्वारा ही यह सहायक या किने गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हस्पताल के बीच का विवरण है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेने के हस्ताक्षर सुरक्षा और अपने करने की सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस प्रबंधन में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

28/10/25

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S., D.C., FICO, FPOS
Specialist Clinical and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. प्रीति, बी.के. ३

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्ताक्षर अधिकृत/अधिकृत

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी हस्ताक्षर 1

Safarpur

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी हस्ताक्षर 2

Safarpur