

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: B/1185/8583 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 18/11/25 आवेदन तिथि			
NAME of APPLICANT: Subbashetty आवेदक का नाम		AGE-YEARS: 62 वर्ष-वर्ष	SEX: M लिंग		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O पिता/हस्ताक्षर का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता Chalagamahalli, Malur (R) Koluru, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता 					
OCCUPATION: unemployed व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)		Pre op post op 8583-Subbashetty	
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न करें)			
AN No. स्याई 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).					
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 लिये विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण 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) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis Rx - Outrent LX - Control				
②	Surgery Rx - OP + PUDOL				
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 लेी गई सहायता राशी		

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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता पत्र "कोशिका काउन्टेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रश्न में परा गया है।
- 3) मैं प्रति करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस पत्र का आशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य कोटनियोजक/पीछा कम्पनी से न ली लिया है और न ही भविष्य में लीगा।

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/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 प्रश्न का अर्थ है—हस्ताक्षर या अंगुली की छाप लगाकर मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं “कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों” को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे “कोशिका” एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से तुम्हो गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इनाम के पहले या बाद में करने के लिए “कोशिका फाउंडेशन” व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रोहित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में “कोशिका” एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आवेक के इमरत के अंदर का डिजाइन

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:

- (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, इन्स्ट्रक्टरों को और भी मान्यता/प्रेम को "कोशलज फायनेंस" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसात) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो नौसामान और न ही परिषद में विविध सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उभर होगी/मामले में लगे या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरिड/चिपडि उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा पदर लेनु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनित अस्ति/सकत लेनु मनुकु नही किया जाता है तो अस्मानत किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस धृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्मानत द्वितीय पदर उक्त होगी/मामले लेनु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। लेगी पर हमसालत द्वारा की गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेगी एवं हमसालत के बीच का किये है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नही है। इसलिये हमसालत में लेगी के इनात सुरक्षा और अपने जाने की सारी जिम्मेदारी लेगी एवं हमसालत की होगी और "कोशिका" की कोई भीमका या जिम्मेदारी इस मामले में नही होगी।

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. P.K.BENJIL, B.S., M.B.E.S., D.C., F.I.C.O., F.R.C.S. Specialist Cataract and Refractive (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि नं.	Mr LAKSHMI PATHI N Senior Manager (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम डी. ए. पी. हस्पताल अधिकृत जोधनारी
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (आन्तरिक उपयोग हेतु)		
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2	