

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: 13/1225/2848

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 12/12/25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Mala Bai

AGE-YEARS आयु-वर्ष 43
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/सहोदर का नाम w/o Shankara Naik

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता
H.NO 14 Holalakeke Thandya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवास पता
Avasikeke Taluk Hassan District, Karnataka
-11-



pre op post op
2848 Mala Bai

OCCUPATION:
व्यवसाय Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय 23,000/-

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

PAN No. स्थायी आय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय कर एसेस है (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे)

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 सम्बंध
①	Shankara Naik	51	M	Husband
②	Basavarej Naik	26	M	SON
③	Venkatesh Naik	15	M	SON

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रक्षा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र को छापा प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे मने विनती 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 + PCICL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली 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 सोचता करता हूँ कि इन प्रश्नों में विवेक से निर्णय लेना आवश्यक है। यदि कोई विचार एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति विरक्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोलिका फाउन्डेशन", से ले जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो हम प्रश्नों में पूछा गया है।
- 3) मैं स्पष्ट करता हूँ कि जिस सहायता को मैं आप प्रार्थना कर रहा हूँ, उस राशि का अधिकतम या समस्त हिस्सा किसी अन्य व्यक्ति/व्यक्तियों को देना नहीं है और न ही भविष्य में देना।

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 पर अपने इच्छाशर या अंगरेजी की भाषा संप्रदाय, मैं (अवेरेक) अपनी समझ की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका काउंटिंग और उसके न्यायोचित" को अधिभूत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोहित है, उसे "कोशिका" प्रथम न्यायोचित, धर्म, सचन्याय वगैरह उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार सम्पन्न से प्रचारित करने के लिए अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छाशर को पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका काउंटिंग" या न्यायोचित अधिभूत है।
- 2) मैं (अवेरेक) इस बात से सम्मति हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी सम्पन्न के उद्देश्य से प्रोहित है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्मति में "कोशिका" प्रथम उसके न्यायोचितों का निर्णय और सम्पन्नकारी होगा।

આવેદનના બે પ્રસ્તાવના માં અંગ્રેજી આ નિયમન



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.

इससे अधिकतर, इसकायी को अनेक से सम्बन्धित होने को "कोशिका कायान्दोलन" को कहिये जायगा हेतु सिद्धांत की जाती है, जिसे हम (इसकायल) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदन और न ही अधिकांश में किसी एक शाखा किसी एक शाखा के समान या किसी अन्य शाखा से उच्च होती/माननीय में लगे या लगे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका शाखा" में सिफरिस्ट/विपक्षिण शाखा के समान में "कोशिका शाखा" द्वारा मरद हो कि है। यदि "कोशिका शाखा" द्वारा शाखा की विधि अतिरिक्त/सकल हो मरद नहीं किता जाता है तो असकल किसी अन्य एक शाखा के समान या किसी अन्य शाखा में शाखा लगे का अधिकतम सुनिश्चित रहता है। इस भूति में स्पष्ट कहा जाता है कि असकल द्वितीय मरद उच्च होती/माननीय हो किसी एक शाखा के समान या किसी अन्य शाखा में लगे लगे/लगे।
2. "कोशिका शाखा" से लगे लगे शाखा केवल विधि प्रकृति की है। लगे पर हमारा द्वारा दी गई शाखा या किने लगे उपर/प्रतिभा का सुनिश्चित एवं हमारा के बीच का विधि है और "कोशिका शाखा" द्वारा किसी प्रकार का कोई दया नहीं है। इसलिए हमारा में लगे के द्वारा सुनिश्चित और लगे लगे की लगे विपक्षी लगे एवं हमारा की लगे और "कोशिका" की लगे विधि या विपक्षी इस मामले में लगे लगे।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

 $12 \mid 12 \mid 25$

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Names: **Resident** _____ **Authorized Signatory** _____

DIABETES & EYE HOSPITAL
Unit of Shreeudha Eye Care Trust
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

ज्यामोई महाराष्ट्र १

न्यासी हस्ताक्षर 2