

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :		13/1225/2862		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 12/12/25	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम		H. Lingshamaiah		AGE-YEARS आयु-वर्ष	SEX लिंग
		63		M	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सदुप्य का नाम		S/O H. Chhappa			
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता					
Honnaballi Madenur Post, Tiptag Taluk, Tumkur District, Karnataka					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता					
- - -					
OCCUPATION : व्यवसाय		coolie		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)	
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		25,000/-		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)	
PAN No. स्थाई करदाता संख्या					
E YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये)					
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	Lakshamma	54	F	wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विनति 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) उपभोग्यता 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 RE cataract LE cataract				
②	scargely RE cataract + PCICL				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौ गई सहायता राशि			

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 जोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी साहाय्य विरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो साहाय्य राशि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग ठीकी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि बिना साहाय्य हेतु मैं सा प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल विस्तार किसी अन्य सोशल/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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 fulfilment 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 हस्ताक्षर या मोहर को छाप लगाकर, मैं (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अनिवार्य करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" पत्र में न्यासीय, राज, सचकावात दूरने उद्देश्य से डूही प्रतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अभिमत है। मेरा प्रश्न का निष्कर्ष मेरे हस्ताक्षर के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासीय अनिवार्य है।
- 2) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता की उद्देश्य से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का लक्ष्य नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" पत्र में उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और साध्यकारी होगा।

आपके काम के समझाने या अस्पष्टता का निराकरण



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 अधिभूत, हस्ताक्षरी की ओर से वापस लेनी की "कोशिका फायनडेशन" से निहित सहायता हेतु विनम्रता की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वप्रथम और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्त्रोत से उठाये गयी/पायले में लगे या ले ली है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विधार्थि/विपत्ति उद्धार के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध जाति/भक्त हेतु मन्दिर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विविध मदद उठाये/पायले हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ही यह सहायता केवल विविध प्रकृति की है। ऐसी जरूरतमंदताएं द्वारा ही यह सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का प्रथम चरण है अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए अस्पताल में ऐसी के इलाज सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S., D.O., FICD, FPOS
Ecologist, Colorectal and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION (A unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
न्यासी इत्यादि ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2
न्यासी इत्यादि 2

Exempel

lieve