

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0126/3349

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

29/1/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bhavinda Naika

AGE-YEARS जन्म-वर्ष

38

SEX लिंग

M.

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कायम का नाम

S/o Chota Naika

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Dachahalli daddi Bachahalli



pre OP post OP  
3349

Kamakapurda Taluko Ramnagar

District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION :

व्यवसाय

collie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

26,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी सहाय संख्या

\*ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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 संबंध
/				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विहित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोज्य कार्ड (प्रमाण पत्र की कृपया प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई इतिवृत्त सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE PCIOL
②	surgery RE cataract + PCIOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गयी है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी राशि सहायता लयी

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक 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 प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसे केवल उद्देश्य के पूर्ण को लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य सहायता या भुगतान के लिए किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक 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/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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मैं जिसके लिए इस सहायता को मांग रहा हूँ, उसे "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने के लिए प्रयोग कर सकते हैं। इस प्रपत्र में मांगे गए उद्देश्य से जुड़े विवरणों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार का प्रचार या प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रपत्र में दिए गए उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता को स्वीकार करता हूँ।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका" के ट्रस्टियों के द्वारा प्रचारित करने का अधिकार नहीं होगा। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रचारित करने का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे 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.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रारंभिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) वित्त प्रचार से मान्य व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक कारण से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त हो सकेगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रस्तावित उक्त के संबंध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी भी कारणवश नहीं प्रदान की जाती है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारे पास वित्तीय सहायता हेतु किसी भी सकारात्मक कारण से किसी अन्य स्रोत से नहीं लेना/लेगी।
  2. "कोशिका फाउंडेशन" से लेने का उद्देश्य केवल वित्तीय प्रकृति का है। रोगी या हस्पताल द्वारा लेने का चयन या किसी भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के उपचार सुरक्षा और उसे करने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल को होंगी और "कोशिका" को कोई भी जिम्मेदारियां प्रदान करने में नहीं होंगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

**Mr. LAKSHMIPATHI N**

**Senior Manager  
OUTREACH BANGALORE**

**DIABETES & EYE HOSPITAL**

(A unit of Shradha Eye Care Centre)

Vasanthnagar Bangalore

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख

29/1/26

**Dr. PREETHI, F.R.C.S.**  
M.B.B.S. D.M. (OPHTH.) F.P.C.S.  
Specialist Consultant and Paediatric  
Ophthalmologist  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुहर

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
रक्षक संस्था 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
रक्षक संस्था 2