

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0126/3365 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 30/1/26

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम : Dhananjaya M. AGE-YEARS आयु-वर्ष : 63 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्रव्य का नाम : S/Hanumiyappa  
PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता : H.NO- 10-2nd Mainroad 3rd cross  
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई आवासीय पता : Brovindarajanna Vajyanarayya Bangalore, Karnataka



pre op post op  
3365 Dhananjaya

OCCUPATION : व्यवसाय : Cookie MARRIED (विवाहित) : UNMARRIED (अविवाहित) :

TOTAL ANNUAL INCOME : वार्षिक आय : 21,000/- (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  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
<del>Blank</del>				

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)  
सहायता के लिए वित्ति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रयोग पर (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:  
सहायता हेतु किये गये विनये 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 RE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
Blank		

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें)**

- 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 निरवयव एवं कथन असत्य पाया जाय है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो राशि मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।  
 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु मैं भविष्य में भी किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से राशि नहीं लेता हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-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 its 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 हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे विवरण इस प्रश्न में दिये हैं, उसे "कोशिका" एम्बुलेंस, पत्र, पत्रिका/पुस्तिका, दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रस्ताव प्रेषण से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इच्छा के अनुसार या करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से नामी अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे स्पष्ट: सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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



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

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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से स्वीकार्यता को "कोशिका फाउन्डेशन" से निर्णित सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार्यता करते हैं।  
 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उच्च रोगी/रोगी के लिए राशि ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/निर्णित उच्च रोगी के सहायता से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निर्णित स्वीकार्यता हेतु मदद नहीं किया जाय है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हस्पताल द्वितीय चरण उच्च रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता से नहीं लेगा/लेगी।  
 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो राशि सहायता प्रेषण निर्णित प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही राशि संग्रहण या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीमा का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का बोझ नहीं है। इसलिए हस्पताल ने रोगी के इलाज सुचारु और आने जाने को जारी रखने/लेने एवं हस्पताल को होने और "कोशिका" की कोई भी पुष्टि या जिम्मेदारी इस संबंध में नहीं होगी।

*Handwritten signature of the hospital representative.*

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख  30/1/26	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा	Mr. LAKSHMIPATHIN Senior Manager OUTREACH BANGALORE (A unit of Shradha Eye Care Trust) Authorised Signatory (Name of Hospital) (Name of Hospital) (Name of Hospital) (Name of Hospital)
---	--	---

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**  
कोशिका फाउन्डेशन के आंतरिक उपयोग के लिए

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामी हस्ताक्षर 2