

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0326/3838

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/3/26

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Rajamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्प का नाम

W/O Sridharayaka

PRESENT RESIDENCE ADDRESS/वर्तमान आवास पता

Hamgela Gundlupet Taluk

Channarayana District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता

-11-

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker.

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

PAN No. स्थाई करा संख्या

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

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

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	Sridharayaka	60	M	Husband
②	Sridharaju	25	M	Son

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे मंगे विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Stagnosis RE Cataract LE PCIOU
②	Surgery RE Cataract + PCIOU

ASSISTANCE BEING AVAILABLE 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 AVAILABLE ली गई सहायता राशी

pre op post op
3838 Rajamma

DECLARATION by APPLICANT: आवेदन करने वाले का 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतबाई एवं कथन असत्य पाया जाय तो मेरी परामर्श विधि को या सहायता को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इससे अधिक घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उसके उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में बता दिया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु यह व्यय किसी भी रूप में, उस रोगी का भविष्य या समस्त विवरण किसी अन्य को/निर्देशक/रोगी कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लेंगा।

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/print-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, shall not automatically entitle me for receiving or continuing the same assistance. The decision for granting another continuing the same assistance shall solely rest with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in that regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके त्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा, पत्रों, दान, वाक्य/चित्र द्वारा इत्यादि से जुड़ी गैरलाभकारी और लाभकारी के लिये किसी भी उपाय या माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रारूप का विवरण मेरी प्रत्यक्ष को प्रदान करने या कर में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" या किसी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे स्वतः सहायता का हक्क नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवं इसके त्रस्टियों को विवेक और आवश्यकता होगी।

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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/अंगूठे को "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेक सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता या किसी अन्य स्रोत से उपाय रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अंगूठे उपाय के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी माध्यम/सहायता हेतु मन्तव्य नहीं किया जाय तो हम सहायता किसी अन्य और सहायता सम्बंध या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखा है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाय है कि अगस्त्य इतिहास पर उपाय रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता सम्बंध या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज/उपाय ही नई सहायता या किसी अन्य उपाय/उपाय का मुख्य रोगी एवं हस्पताल को बीच का विवरण है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और उसे करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S., D.O., FICO, FPOS
Specialist Cataract and Pediatric

Name of Dr. & Rego No. with Stamp
डॉ. का नाम & रजिस्ट्रेशन नंबर के साथ स्टैम्प

OUTPATIENT CLINIC BANGALORE

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital
(A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z)

5/3/26

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

त्रस्टी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

त्रस्टी हस्ताक्षर 2

[Signature]