

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

preop postop
3841 AV. Venkatesh

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0326/3841

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

A.V. Venkatesh

AGE-YEARS आयु-वर्ष

68

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Venkataswamappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. No. 3000/1 SRS Road New

Extension

Near. P.S. School peemya

1st stage

Bangalore, Karnataka

OCCUPATION :

व्यवसाय

-11-
coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

26,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्वतंत्र खाता संख्या

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

या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही को निशान लगावे)

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 सम्बंध

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 को साथ प्रती संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ प्रती संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) व्यक्तिगत कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ प्रती संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनतों 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 + ptol.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक 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 यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं रहता एवं ठग है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्ण के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में प्राप्त किया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस सहायता से मैं भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रिफंड लेऊँगी और न ही बीमा में दावा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करार)

1) By affixing my signature/thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put to use/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 said assistance. The decision for granting or/continuing the assistance shall 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 अर्शक द्वारा घोषणा की जाएगी कि मैं (अर्शक) यहाँ पर घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके नागरिक" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषित हैं। इसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी अन्य माध्यम से, जिसमें कि मुझे सहायता मिलेगी, के लिए किसी भी दूसरे उद्देश्य से नहीं प्रयोग किया जाएगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के लिए प्रयोग किया जा सकता है, इस बात का हकदार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा उनके अधिकारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ थUMB का निशान

**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 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.

हमारी अतिथि, रोगी/रोगी की ओर से सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हस्पताल) वित्त प्रकार से सत्य व स्वीकार्य करते हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता स्रोत से किसी अन्य रोगी से प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सहायता हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो हस्पताल किसी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करेगा। इस घोषणा के अंतर्गत हमें यह अधिकार सुरक्षित रहता है कि हस्पताल वित्तीय सहायता के लिए सहायता हेतु किसी भी सहायता स्रोत से किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा जो भी सहायता मिलेगी, उसे हस्पताल के द्वारा ही प्रयोग किया जाएगा और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य चीजों को सही ढंग से हस्पताल को देना और "कोशिका" को कोई भुगतान या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Mr. LAKSHMINATH N
Signature

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

6/3/26

Dr. PREETHI. B.K.
M.B.B.S., D.O., FICO, FPOS
Specialist Cataract and Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
पंजीकृत नं. 7, 15585

OUTPATIENT BANGALORE
EYE HOSPITAL

Designation & Stamp of Authorised Signatory
(A unit of Shri. Vasanthappa Trust)
पंजीकृत नं. 52

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नम्बरी हस्ताक्षर 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नम्बरी हस्ताक्षर 2

[Signature]