

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य सेवणात)

APPLICATION No.: B1032514136

APPLICATION DATE: 15/3/25

आवेदन संख्या:

Shankaregowda

AGE-YEARS वर्ष - वर्ष

SEX लिंग

m

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shankaregowda

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: 5/10 Basavegowda

पिता/स्त्री का नाम

Abalavadi, Koppa (H) Maddur (D)

Manolya (H) Koppatake

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान जास्तीय पाठ

No. of post of  
4136 - Shankaregowda\_\_\_\_\_.  
\_\_\_\_\_.

OCCUPATION:

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

15000

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्थाई संख्या नंबर

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

आय आम कर दाता है (जो मात्र ही उस पर खटी का निशान लगाये)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवर्त के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उमेर (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बन्ध |
|------------------------|--|----------------------------|----------------|---|
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |
|                        |  |                            |                |   |

## BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable):

सहायता के लिये विस्तृत जापा

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>बरोके रेखा के दीर्घ प्रभाग पर<br>(प्रभाग पर की छाप इसी संस्करण की) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>अपने आप भी इकाई पर<br>(प्रभाग पर की छाप इसी संस्करण की) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोक्ता कार्ड<br>(प्रभाग पर की छाप इसी संस्करण की) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साध्य |
|--|---|---|--|

## "PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विस्तृत कारण:

|                        |   |
|------------------------|---|
| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>जरूरतात्मक रिपोर्ट या ड्रिफ्ट सूची संलग्न |
| ① Diagnosis<br>दौषिण्य | RE-Consult<br>LE-Consult  |
| ② Surgery<br>चिकित्सा  | RE-Consult + PCPQI  |

## ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES:

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

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>लोगौ गई सहायता राशि |
|------------------------|---|---|
| ① DBRS                 | DBRS                                      | 2000  |

**DECLARATION by APPLICANT:** अवेदक द्वारा घोषणा करता है:

- 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.
- 4) मैं घोषणा करता हूं कि इस प्राप्ति में लिये गए सभी विवरण, मेरी जाहाजी को बहुत सधी रख सकते हैं। यही चर्चित विवरण एवं जाहाजी का नाम है जो मेरी जाहाजी निराकार की जा सकती है।
- 5) मेरा द्वारा जो जाहाजी गयी "कोशिका फाउंडेशन", जो तो जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की भूमि के लिये विवरण जाहाजी, जो इस प्राप्ति में भाग रहा है।
- 6) मैं पुष्ट करता हूं कि विवरण जाहाजी हेतु यह प्राप्ति की गई है, उस गटि का बोलिका या सकल विवरण किसी अन्य खोलनियोजन-कोम्पनी से न तो लिया है और प ही विवरण में दी गई है।

**AGREEMENT by APPLICANT:** (अवेदक द्वारा करता है)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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.
- 3) इस प्राप्ति पर जाने हमाराम या अंगठी की ताप संग्रहक, मैं (अवेदक) अपनी जाहाजी की पुष्टि करता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके जाहाजी" को अधिकृत करता हूं कि सेह चम, चम, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दी गयी है, उसे "कोशिका" एवं नामी, दान, गावळ/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार जाहाजी में प्राप्ति करने के लिए अधिकृत है। मेरे इच्छा का विवरण जो इताज के पाते या बारे ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामी अधिकृत है।
- 4) मैं (अवेदक) इस बात से सहमत हूं कि मेरा चम, चम, फोटो और विवरण जो कि जाहाजी के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे बताए, जाहाजी का हकदार नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके जाहाजी का निर्णय अधिकृत और जाहाजीकारी होगा।

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

अवेदक के हाथाम या अंगठे का लिया



**AGREEMENT by HOSPITAL:** (हमाराम द्वारा करता है)

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.

इसपर अधिकृत, हमाराम की ओर से जाहाजीरों को "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण जाहाजी हेतु विवरण की जाती है, जिसे हम (हमाराम) जिन इच्छाएँ से जाहाजी व्यक्त करते हैं।

- 1) यह कि न तो संसदीय और न ही अधिकृत में विवरण जाहाजी किसी भी जाहाजी संसदीय या विवरण जाहाजी से उक्त योगी/यामीने ने लेंगे या ले रहे हैं, ऐसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से विवरण/विवरण उक्त को सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा यहर हेतु किया है। यह "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा जाहाजी विवरण अधिकृत/जाहाजी हेतु यान्त्रिक जाहाजी की विवरण जाहाजी है तो अम्माल किसी अन्य जाहाजी से जाहाजी से जाहाजी को अधिकारा मुश्वित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अम्माल द्वितीय यहर उक्त योगी/यामीने हेतु किसी भी जाहाजी संसदीय या विवरण जाहाजी से नहीं लेंगे/होंगे।

2. "कोशिका फाउंडेशन" में ली गई जाहाजी संसदीय विवरण विवरण है। योगी या इच्छाएँ द्वारा दी गई जाहाजी या विवरण गये उपलब्ध/विवरण का उपलब्ध होता जाता है। इसलिये हमाराम ये योगी के इताज सुनाता और आने वाले की जाहाजी विवरण एवं हमाराम योगी होने वाले को "कोशिका" की पुष्टि सुनिका या विवरण इस प्राप्ति में नहीं होगा।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:**  
संसदीय को लिये संस्मृति

Mr. Lakshmipathi N  
Manager Outreach

Institute for Diabetes & Eye Care,

(A unit of Shraddha Eye Care Trust.)

# 16/M, Thimmaiah Road, Miller Tank Bed Area

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

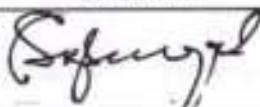
on behalf of Hospital)

नाम या पद हमाराम अधिकृत अधिकारी

Date of Surgery  
अंगठेन की तारीख

**Dr. M PAVITHRA MBBS**  
**MS Consultant Ophthalmologist**  
**Bangalore Diabetes & Eye Hospital**  
(A unit of Shraddha Eye Care Trust)  
**Vasantha Nagar, Bangalore-52**  
FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION  
KMC No-91567

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नामी हस्ताक्षर ।



SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नामी हस्ताक्षर 2

