

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0326/4170

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

27/3/26

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Thyagarajam S.R.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

H

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/कटुम्ब का नाम

S/o Ratham

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Flat no V 6 Golden Nest Apartment

Bramangangwagur 2nd Stage Near Shivakond

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Swami Kalyana Mantapa Bangalore, Kundatara

OCCUPATION :

व्यवसाय

coolie

MARRIED (विवाहित)

UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

26,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर लकी 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 सम्बंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

उपभोक्ता कार्ड
(प्रमाण पत्र की छापी प्रति संलग्न करें)

Any Other

Basis/Proof

अन्य कोई साक्ष्य

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis R.E. Cataract L.E. Cataract
②	Surgery L.E. Cataract + PCIO L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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



DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 सीधे-साफ़ हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहायता एग्री "कोरिफा काउन्सिल", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में धरा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस एग्री का अधिकतम संभव हिस्सा किसी अन्य फ़ाउन्डेशन/नॉन-प्रॉफ़िट कॉर्पोरेट कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लीज।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कृत)

- 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 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.

- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (जवाबदर) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचन/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (जवाबदर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वतः सहायता का इकटारा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

આગેદત્ત કે હમણાં જા અમુકે જા નિશાન



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.

हमारे अधिकृत, इस्तेमाली की ओर से प्रामाण्यपूर्ण को "कोई भी फायदेमंद" से विविध सहायता हेतु सकारित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से मान्य व स्थिर करने हैं।

- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में जितने सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से उभरेंगे/प्राप्त करेंगे वे लोग या वे राज्य हैं, जैसे कि हमने "कॉलिका फाउन्डेशन" से सिफरिंश/वित्तित उभरें के सम्बंध में "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा मरर हेतु कि है। यदि "कॉलिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तित अतिथि/सकन हेतु मन्त्र नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पृष्ठ में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मरर उभरेंगे/प्राप्त करेंगे किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्बन्धन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई मछलीपालन कोष वित्तिय प्रकृति की है। रंगी पर इसमाल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं इसमाल से बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये इसमाल में रंगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की भारी जिम्मेदारी रंगी एवं इसमाल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

Dr. PREETHI. B.K
M.B.B.S.DD. FIGO, FPOG

Signature of Dr. & Regn. No. (with Stamp)

हार्दिकी ओं निम्न वाच्यमस्तु ॥ १ ॥

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम: डॉ. ए. एस. शर्मा अधिकारी अधिकारी

DIABETES & EYE DISEASE

नि. श्रीराधा Eye Care Trust

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी इत्युक्तम् ।

Vasanti SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर ३