

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : आवेदन संख्या : B/0625/0711 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि : 3/6/25

NAME of APPLICANT : आवेदन का नाम : Bethaswamaiah AGE-YEARS उम्र-वर्ष : 75 SEX लिंग : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/पत्न्य का नाम : slr Masi Puttegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता : Aramane Hammamachanahalli  
Huliyakudurga, Tumkur DISTRICT Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता : -11-



OCCUPATION : व्यवसाय : Un Employed MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक उदय : 2F (Attach Proof of Income) (उदय का सबूत संलग्न)

PAN No. : PAN संख्या : Blank

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप उदय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) Yes / No हाँ / नहीं  No

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 आवेदन के साथ संबंध
①	Bhabhu	40	M	SON
②	Raghu	38	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये किति आधार

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे अवस्था पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) उच्च आय वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड (प्रमाण पर की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विमर्श का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE - cataract LE - P.C.T.O.L
②	Surgery RE cataract + P.C.T.O.L

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 राशी
①	P.B.C.S	2000

**DECLARATION by APPLICANT:** आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि इस सहायता हेतु वह प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का अधिक या समस्त विभाजित किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न ले लिया है 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 & 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 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 is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रथम पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली के छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके 'न्यायी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प्लू न्यायी, पत्र, ध्वनि/चित्र/इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकरण का निवारण मेरी इच्छा के पालने या करार के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यायी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है उसे मात्र: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू उन्हीं न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

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

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगुली का निम्न



**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.
- इसमें अधिस्तुत, हस्ताक्षर की ओर से समर्थन/रिपोर्ट को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसमें हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं:
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, क्योंकि हमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है, बस "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान नहीं की जाती है तो हस्पताल को सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है। यह पुष्टि केवल सहायता हेतु सिफारिश करने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि के अंतर्गत सिफारिश पर उक्त सहायता हेतु सिफारिश की जा रही है।
  - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज और चिकित्सा के लिये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुझाव और जाने जाने की सभी जिम्मेदारियां रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>3/6/25</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Dr. M. PAVITHRA MBBS,</b> (Name of Dr. &amp; Regn. No. with Stamp) <b>MS Consultant Ophthalmologist</b> Bengaluru Diabetes &amp; Eye Hospital (A unit of Shradha Eye Care Trust)</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Mr. LAKSHMIPATHI N</b> (Name, Designation &amp; Stamp of Authorised Signatory <b>Senior Manager</b> OUTREACH BANGALORE</p>
<p>FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION</p>		
<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यायी हस्ताक्षर</p>	<p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Vasanthanagar Bangalore-52</b> KMC No-91567</p>	<p>SIGNATURE OF TRUSTEE 2 न्यायी हस्ताक्षर</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p><b>Vasanthanagar Bangalore-52</b></p>
<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>