

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0625/0829		APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 12/6/25		 pre op - post op 0829 - Shankarappa	
NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Shankarappa		AGE-YEARS आयु-वर्ष 69	SEX लिंग m		
FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/सहस्र का नाम s/o Balakalingappa		PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Singanahalli, Tiptur (A), Tumkur (A), Karnataka			
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता					
OCCUPATION : व्यवसाय Un Employed		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. : आय का स्थायी पहचान संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएँ) Yes / हाँ / No / 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	
13	Rathamma	52	F	Wife	
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिये विवृति आधार					
☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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 किये गये विवृति का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
12	Diagnosis :- R.E - cataract L.E - cataract				
08	Surgery :- L.E - cataract + pchel				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लगी गई सहायता राशि		
5	DBV		Amount		

DECLARATION by APPLICANT: ☐ I am a citizen of the United States. ☐ I am a resident of the United States.

- 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 कह रहा हूँ कि इस प्रत्येक में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कारण असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात की गारंटी दे रहा हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रत्येक में था।
- 3) मैं यहाँ पर कह रहा हूँ कि मैं इस सहायता से या प्रत्येक को नहीं है, उस राशि का कोशिका या सहायक किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach DTI 3012)

- 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 in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न या उत्तर इसका या जगते की सार सतकार, मैं (आवेदक) अपनी संशय 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 संक्षिप्त है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, वाचनादय दूरे उद्देश्य मे कुडी गतिविधियों और उपलब्धियों को लिखे विषयो मे प्रसार माध्यम मे प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्त के पत्रो या कार मे करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात मे सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों में प्रेषित है मुझे सहायता मागता का हकदार नही करता। इन सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

जावेदक की हमलावा ना, जलने का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH FOR UNIT)

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 अधिकतर, कमसेकमी को जले से घाबले-लेगी को "कौशिक" जातनील" से विनिमय गहावत हेतु निष्कर्षित की जाती है, जिसे रूप (हृदयगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करने है।

- 1) यह कि 4 तो वापस और 4 जो अधिपक्ष में मिलियन साक्षरता किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से उक्त टोपी-पामाले में रंगे या ले रहे हैं, जैसे कि इनमें "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तपोषित/निर्मित उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मगर हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा साक्षरता मिलीगी अतिरिक्त/अलग हेतु मन्जूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य सामाजिक से साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विशेष मगर उक्त टोपी-पामाले हेतु किसी गैर सरकारी संगठन या किसी अन्य संगठन से नहीं संपादलेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से टी या साक्षरता कोसल विविध प्रकृति को है। टीपी पर हमसताल इस टी नहीं सस्ता या किने गये उपचार/प्रक्रिया का सुचारु टीपी एवं हमसताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायज नहीं है। इसलिए हमसताल में टीपी के इलाज सुझा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी टीपी एवं हमसताल को होती और "कोशिका" को कोई धमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इसलिए यही वह लिए संस्कृति

Dr. M. PAVITHRA MBBS
S Consultant

MS Consultant Ophthalmologist
Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Bangalore Diabetes & Eye Hospital)

Mr LAKSHMIPATHI N
Senior Manager

Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory

(Name, Designation & Stamp of Authority)
on behalf of Hospital

नाम व पद : प्रमुख अधिकारी, आपदा
 जनार्दन ठपपाण हनु
 Bangalore-52

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अभियोग की तारीख

12/6/25

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक रूपरेखा है

SIGNATURE of TRUSTEE 1

जय्यी हस्तारा ।

SIGNATURE of TRUSTEE 2

आपने एक ही चीज को दो बार पढ़ा है।

Exempel

Rich