

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0825/1604

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

19/8/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Bjappa

AGE-YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

m

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

Sh. munnankatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Gangavardan maha (T) Kolai (B)
Kahelakke

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

pu op - part p
1604 - Bjappa

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्पष्ट खाली संख्या

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

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
15	shobamma	53	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रखा 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 Basic Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किने गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
15	Diagnosis - RE - Cataract 25 - not Cataract
25	Surgery - IE - Cataract + p25

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य को 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 राशि
15	DBCC	2000/-

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.

- AGREEMENT by APPLICANT (अर्षदक द्वारा कण)**

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.

- आनेदक के इगलवार या संगुठे का नियान



By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- हमारे अधिकांश, हमतारी की ओर से सम्मले/रणी की "कोशिका फाउन्डेशन" में विविध सहायता हेतु सिकरिता की जाती है, जिसे हम (हमगत) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से तो कई सहायता कोशल विधि प्रकृति की है: ऐसी या हस्तगत द्वारा ही गई कलाह या किने गये उपचार/प्रक्रिया का शुकाय ऐसी एवं हस्तगत को बीच का विषय है और "कोशिका काउन्टेशन" द्वारा किसी प्रकाश का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्तगत में ऐसी के प्रलाभ सुरक्षा और जाने जाने की सरी किम्वेदु ऐसी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई शुचिका या किम्वेदु इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

09/8/25

Dr. PREETHI B.K.
M.B.B.S. DO. FICO. FRCGS
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व सील न.

(A unit of Shradha Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यायमौ हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2