

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.: B/0825/1626
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि 21-8-25

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम Dakesha

AGE-YEARS वायु-वर्ष 65
SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/कर्तव्य का नाम S/O Manchegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
Anahil, Kuvakarpura C.O.
Ramanagara Dist. Kolar

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थान आवासीय पता

OCCUPATION: जैविक व्यवसाय Coo Cie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 15000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्षण संलग्न)

PAN No. स्पष्ट स्थान संख्या

RE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE? (Tick whichever is applicable):
मा आप आय कर रहे हैं (वो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
①	Puttalingamulu	65	F	wife -

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आव्य आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की जाग प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई सम्बन्ध

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/दौकान से जारी की गई प्रतिवेदन भूली संलग्न
①	DAI GUD R.D.A RE-Cardiotest LE-Cardiotest
②	Swigdowry 1F- Post + PLEO.

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 राशि
①	DBRS	2000/-



Pre-op Post op

DECLARATION by APPLICANT: अप्लिकेशन द्वारा प्रोत्तरा करें :

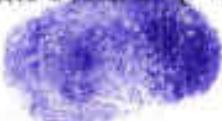
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for 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 प्रोत्तरा करता हूं कि इस प्राप्ति में दिये गये सभी विवरण वेर्ट जानकारी के समुदाय सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण उसे कठोर असम्भव घोषित की जा सकती है।
- 2) मैं द्वारा जी सहायता द्वारा "कोशिका पाइलार्निंग", में ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य के लिये विद्या विदेश, जो इस प्राप्ति में घटा गया है।
- 3) मैं पुष्ट करता हूं कि विद्या सहायता हेतु यह आवधि को गई है, उस गति का अधिक या बाकी वाय छोड़नियोग्य/नीतियाँ करनी से न को लिया है और यही भविष्य में दैवित है।

AGREEMENT by APPLICANT: (अप्लिकेशन द्वारा करता)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रति पर अप्लिकेशन द्वारा जाप लगाकर, मैं (अप्लिकेशन) अप्लिकेशन को पुष्ट करता हूं एवं "कोशिका पाइलार्निंग और उसके नवाचीर्ण" को अधिकृत करता हूं कि ये नाम, पोस्ट और ऐसे विवरण इस प्रति में दर्शित हैं, उसे "कोशिका" एवं नवाचीर्ण, दास, सचिवालय द्वारा उद्देश्य से नुस्खे गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये विद्या भी प्राप्त याप्ति से प्रशान्ति करने के लिए अधिकृत हैं। मैं प्रति का विवरण वेर्ट इसका को सहज ना बता से बाहर के लिए "कोशिका पाइलार्निंग" व नवाचीर्ण अधिकृत है।
- 2) मैं (अप्लिकेशन) इस काल से मान्यता हूं कि ये नाम, पोस्ट, पोस्ट और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति हैं युक्त सत्त्व, सहायता का इकाय नहीं बनता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" एवं उसके नवाचीर्ण का विद्युत अधिकृत और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अप्लिकेशन को प्रकाशित करने का विश्वास



AGREEMENT by HOSPITAL: (इम्प्रिस्ट द्वारा करता)

- 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.
- इसी अधिकृत, इसकारी की ओर से मान्यताएँ को "कोशिका पाइलार्निंग" से विद्युत सहायता हेतु विश्वास की जाती है, जिसे दास (इम्प्रिस्ट) विद्या से सान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि व तो यात्यन और न ही भविष्य में विद्युत सहायता किसी वेर्ट सहायता को किसी अन्य स्रोत से उसका योग्यतावाले में ली जा सकता है, जैसे कि हमारे "कोशिका पाइलार्निंग" से विद्युत विश्वास उसके साथ में "कोशिका पाइलार्निंग" द्वारा प्रदान हेतु सम्भव नहीं किया जाता है से अस्पत्ता किसी अन्य वेर्ट सहायता संस्था या किसी अन्य सम्पर्क से सहायता लेने का अधिकार मुश्किल रखता है। इस पुष्टि-में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पत्ता विद्युत सहायता एवं सहायता को सहज से नहीं लेना/लेना।
2. "कोशिका पाइलार्निंग" से ही यह सहायता एवं विद्युत प्रकृति की है: एंटे पर इस्पत्ता द्वारा यह किये गये उपचार/प्रोक्रिन का चुकाव होनी एवं इस्पत्ता के बीच का विवर है और "कोशिका पाइलार्निंग" द्वारा किसी प्रकार का कोई रकम नहीं है। इसलिये इस्पत्ता में लेने के इसका सुझाव और लेने जाने को सही विमेन्टी होनी एवं इस्पत्ता की होनी और "कोशिका" की कोई पूरीकरण या विनाशीर्ण इस सम्बन्ध में नहीं होनी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृती के लिए संमति

Dr. PREETHI, B.K.
M.B.B.S, D.O., F.I.G.O., F.P.O.S
Specialist Cataract and Pediatric
Ophthalmologist
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
दाकार्य का नाम व इम्प्रिस्ट का संकेत

Mr. LAKSHMI PATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shradha Eye Care Trust)
आनन्दनगर, बंगलोर-52

FOR INTERNAL USE of KOSHICA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नवाचीर्ण द्वारा

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नवाचीर्ण द्वारा