

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **B/0925/1872** APPLICATION DATE / आवेदन तिथि: **12/6/25**

NAME of APPLICANT / आवेदक का नाम: **Siddalingamma** AGE-YEARS / वय-वर्ष: **70** SEX / लिंग: **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/सहोदर का नाम: **No Shivanna**

PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान निवास का पता: **Ashikatti - Tumkur (R) - Ballarata**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी निवास का पता: **_____**



*pu op - pu op
1872 - Siddalingamma*

OCCUPATION / व्यवसाय: **Home maker** MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No): **Yes**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक आय: _____ (Attach Proof of Income) / (आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. / आयकर पहचान संख्या: _____

IF YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) / यदि आप आय कर दाता हैं (जो स्रोत हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं): **Yes / No**

FAMILY DETAILS / परिवार विवरण

Sr. No. / क्र. संख्या	Name of Family Member / परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) / उम्र (वर्ष)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदक से क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / आधार के तहत निवेदन करना

<input checked="" type="checkbox"/> RPL Card (Attach Card Copy) / राष्ट्रीय रोजगार कार्ड का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय कर का दावा नहीं करना)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / आय कर का प्रमाण प्रस्तुत करें (आय कर का दावा नहीं करना)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) / राशन कार्ड प्रमाणित करें (आय कर का दावा नहीं करना)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof / अन्य कोई आधार
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: / सहायता हेतु निवेदन करने के उद्देश्य:

Sr. No. / क्र. संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached / अस्वास्थ्य/प्रीस्क्रिप्शन से तारी की गई प्रमाणित कृपया प्रमाण
1	Dragnanam RE - cataract
	26 - cataract
2	Bulqorayy RE - cataract + p.c.s.d

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. / क्र. संख्या	NAME of OTHER SOURCE / अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED / लेने का राशि/रकम

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करना)

- 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण या कोई झूठा दावा या कथन है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे द्वारा घोषणा की गई उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी प्रकार से या भविष्य में भी, अपने खर्च का पूरा या आंशिक रूप से किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से नहीं ले रहा हूँ और न ही लेना चाहता हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा सहमति)

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/post-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 पत्र पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, चोट और मेरे विवरण इस प्रश्न में घोषणा की, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक माध्यमों द्वारा दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी के लिए किसी भी माध्यम पर प्रकाशित करने के लिए अधिकृत हैं। मेरी इस सहमति के बिना कोई भी व्यक्ति मेरे नाम से मेरे उद्देश्य के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद ले सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, चोट और विवरण को किसी भी माध्यम से प्रकाशित करने से मेरी मदद लेने का अधिकार नहीं बनता। इस मामले में "कोशिका" द्वारा दान लेने की क्षमता कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के पास है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION

आवेदक के हस्ताक्षर या बाएं अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा सहमति)

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.

हमने अधिकृत, हस्ताक्षर की और से हमारे/हॉस्पिटल को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) सिफारिश करने से पहले यह स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम अभी कोशिका और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त कर रहे हैं, जब तक कि कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता नहीं मिले। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता नहीं मिलती है, तो हमें अपने/हॉस्पिटल को सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के बिना कोई भी व्यक्ति कोशिका फाउंडेशन से मदद ले सकता है।

2. "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी के उपचार के लिए चयन की गई प्रक्रिया/उपचार का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई भी प्रभाव नहीं है। इसीलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार के लिए सभी जवाबदाारी रोगी एवं हॉस्पिटल की होती है और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>12/9/25</p>	<p>Dr. PRITHVI M P (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नंबर, आदि</p>	<p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shraddha Eye Care Trust) Vasanthnagar, Bangalore-52</p>
-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: डॉक्टर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: डॉक्टर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------