

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / आवेदन क्रमांक: **B/0925/1922** APPLICATION DATE / आवेदन दिनांक: **25/9/25**

NAME of APPLICANT / आवेदन करणारा नाव: **Shimmaraju** AGE/YEARS / वय: **60** SEX / लिंग: **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नीचे नाव: **Sh. Mobbiah**

PARENTS' PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वारिधे/पत्नीचे वरिधेचे वर्तमान निवास पत्ता: **Arubidas colony, Sakthanal Halli, Chikkalabelli, Anwaragaon(D), Kalabate**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / वरिधे/पत्नीचे स्थायी निवास पत्ता: **Chikkalabelli, Anwaragaon(D), Kalabate**



OCCUPATION / व्यवसाय: **Office** MARRIED (Yes/No) / UNMARRIED (Yes/No): **Yes**

TOTAL ANNUAL INCOME / वार्षिक एकूण उत्पन्ना: **18000/-** (Attach Proof of Income) (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडा)

PAN No. / PAN क्रमांक: **_____**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): **Yes** / **No**

FAMILY DETAILS / कुटुंबाचे तपशील				
Sr. No. / क्र. नं.	Name of Family Member / कुटुंबातील सदस्याचे नाव	Age (Years) / वय (वर्षे)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / आवेदन करणाराशी संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
 सहायता हेतु निवेदन करण्याचे कारण:

<input checked="" type="checkbox"/> JPL Card (Attach Card Copy) जपल कार्डचे प्रमाण पत्र जोडा (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडण्याची आवश्यकता नाही)	<input type="checkbox"/> ENS Certificate (Attach Certificate Copy) एनएस प्रमाण पत्र जोडा (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडण्याची आवश्यकता नाही)	<input checked="" type="checkbox"/> Rajshree Card (Attach Card Copy) राजश्री कार्डचे प्रमाण पत्र जोडा (उत्पन्नाचा प्रमाण पत्र जोडण्याची आवश्यकता नाही)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof कोणतेही इतर प्रमाण
---	---	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निवेदन करत असलेल्या उद्देशाचे तपशील:

Sr. No. / क्र. नं.	Medical Reports/Prescriptions Attached / जोडलेले वैद्यकीय/दवाखानेचे प्रमाणपत्रे/दवाखानेचे प्रमाणपत्रे
1	Diagnosis RE - cataract LE - cataract
2	Surgery LE - cataract + P.I.D

ASSISTANCE BEING AWARDED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 एखाद्या उद्देशासाठी हेतु करित असलेल्या इतर सहायता देणाऱ्या स्रोतांचे तपशील (सहायता देणाऱ्या स्रोतांचे तपशील)

Sr. No. / क्र. नं.	NAME of OTHER SOURCE / इतर सहायता देणाऱ्या स्रोताचे नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWARDED / हेतु करित असलेल्या सहायता देण्याची रक्कम

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थात् डॉ. चरण चर)


- 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 insurance/retirement company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही सत्यता में अद्यतन एवं सही हैं। यदि कोई गलतबताना या झूठे कथन प्रस्तुत किए जाएंगे तो मेरी आसन्न सहायता को खत्म कर दिया जा सकता है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में ही हीरे किए जाएंगे, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं किसी प्रकार से या भविष्य में भी, इस प्रश्न में जो सहायता या राशि प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए अन्य बीमा/पेंशन/रिटायरमेंट कंपनी से कोई भी सहायता नहीं लेऊंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थात् डॉ. चरण चर)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/introduce 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 agreed 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) मैं इस बात को स्वीकार करता हूँ कि मैं इस प्रश्न में जो सहायता या राशि प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि मैं या मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जो कि प्रिंट, ऑडियो, वीडियो, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से हो सकता है। इस प्रश्न में जो सहायता या राशि प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में ही हीरे किए जाएंगे।
- 2) मैं (अर्थात्) इस बात से सहमत हूँ कि मैं या मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण जो कि इस प्रश्न में बताया है, उसे "कोशिका" द्वारा या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है। इस प्रश्न में "कोशिका" द्वारा प्राप्त की गई सहायता या राशि के लिए "कोशिका" को पूर्ण अधिकार और जवाबदारी होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थात् डॉ. चरण चर



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थात् डॉ. प्रदीप चर)

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:

- 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.

इसके अतिरिक्त, हम यहाँ घोषणा करते हैं कि हम "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करते हैं कि हम या हमारे अंतर्गत डॉ. प्रदीप चर या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जो कि प्रिंट, ऑडियो, वीडियो, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से हो सकता है। इस प्रश्न में जो सहायता या राशि प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में ही हीरे किए जाएंगे।

1) मैं यहाँ बताना हूँ कि मैं या मेरा अंतर्गत डॉ. प्रदीप चर या किसी भी अन्य माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है, जो कि प्रिंट, ऑडियो, वीडियो, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम से हो सकता है। इस प्रश्न में जो सहायता या राशि प्राप्त करने के लिए आसन्न सहायता के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की जा रही है, उसे केवल उसी उद्देश्य के पूर्ण में ही हीरे किए जाएंगे।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता या राशि के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को पूर्ण अधिकार और जवाबदारी होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अर्थात् डॉ. प्रदीप चर

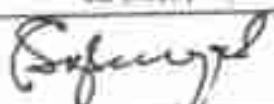
Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
OUTREACH BANGALORE
(Name of Authorized Signatory)
DIABETES & EYE HOSPITAL
(A unit of Shree Siddhanta Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

Date of Surgery
अर्थात् डॉ. चरण चर
23/9/25

DR. PREETHI B
MBBS, DNB, FRCO, FRCR
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
अर्थात् डॉ. प्रदीप चर

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1
अर्थात् डॉ. चरण चर



SIGNATURE of TRUSTEE 2
अर्थात् डॉ. चरण चर

