

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
 सहायता हेतु आवेदन प्रकरण

(Healthcare)
 (स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. / अर्पण क्रमांक : **B/0925/1929** APPLICATION DATE / अर्पण दिनांक : **23/9/25**

NAME of APPLICANT / अर्पण करणारा : **B.M. Rajanna** AGE-YEARS / वय : **75** SEX / लिंग : **M**

FATHER/SPOUSE'S NAME / पिता/पत्नीचा नाव : **Sh. mudalager: yappa**
 PRESENT RESIDENCE ADDRESS / वर्तमान राहणी स्थान : **Bhoorapurda Gudigondarabelli**
 Tiptur (D) Tumkur (D) Kattrataka
 PERMANENT RESIDENCE ADDRESS / स्थायी राहणी स्थान : **-----**



OCCUPATION / व्यवसाय : **Unemployed** MARRIED (निर्वाण) / UNMARRIED (निर्वाणित)

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

RAN No. / आर.एन. क्रमांक : **-----**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tax whichever is applicable) / को आप उत्पन्ना कर देणारा आहे (को देणारा हो उरतो आहे कि नाही यावर ठरवून घ्या) : **Yes / No** (हो / नाही)

FAMILY DETAILS / कुटुंबीय विवरण				
Sr. No. / क्र. क्रमांक	Name of Family Member / कुटुंबीय सदस्याचे नाव	Age (Years) / वय (वर्षे)	Gender / लिंग	Relation with Applicant / अर्पण करणाराशी संबंध
1	Sh. Rajanna	65	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) / सहायता मिळवण्याची पाळेमुळे (कोही एक किंवा अधिक ठरवा)

<input checked="" type="checkbox"/> AFL Card (Attach Card Copy) / एफएल कार्ड (कार्डचा प्रमाण पत्र जोडा)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) / एव्एस प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र जोडा)	<input checked="" type="checkbox"/> Balim Card (Attach Copy) / बलिम कार्ड (प्रमाण पत्र जोडा)	<input type="checkbox"/> Age/Other Basis/Proof / वय किंवा इतर पाळेमुळे
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE / सहायता मिळवण्याचा उद्देश :

Sr. No. / क्र. क्रमांक	Medical Reports/Prescriptions Attached / वैद्यकीय अहवाल किंवा प्रमाणपत्र जोडा
1	Diagnosis - RT - Cataract / LE - Cataract
2	Surgery - LE - Cataract + ptol

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES / इतर स्रोतांकडून सहायता मिळवण्याची अपेक्षा आहे का?

Sr. No. / क्र. क्रमांक	NAME of OTHER SOURCE / सहायता देणाऱ्याचा नाव	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED / मिळवण्याची रक्कम

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 यकीन करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सही नहीं माना जाय तो यह बात है कि मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं इस बात को गंभीरतापूर्वक "बोडिका फाउन्डेशन", से भी कह रहा हूँ, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में कहा गया है।
- 3) मैं यकीन करता हूँ कि मैं आगे कोई भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा जो कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया जा रहा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

- 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/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 फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान देकर, मैं (आवेदनक) अपनी स्वीकृति को पुष्टि करता हूँ कि "बोडिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस फॉर्म में घोषित है, उसे "बोडिका" द्वारा मेरी, मेरी पत्नी, मेरे बच्चों/बच्चों के लिये चिकित्सा हेतु प्रेषित करने के लिये प्रेषित किया जायेगा।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना मेरे अतिरिक्त के प्रेषित किया जायेगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

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 any other 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की संज्ञा से शिफारशी करने वाले "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु शिफारशी की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से यह स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो हमारे और न ही बोडिक में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार की संभव हो सकेगी जब तक कि हमें उक्त सहायता से न मिले। यदि "बोडिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं हो पायेगी तो हमें उक्त सहायता से न मिलेगी।

2. "बोडिका फाउन्डेशन" से कोई भी वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हमारे द्वारा की गई चिकित्सा के लिये कोई भी अन्य सहायता का चुनाव हमें ही करना है। "बोडिका फाउन्डेशन" द्वारा वित्तीय सहायता के अभाव में हमें उक्त सहायता से न मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE स्वीकृति के लिए संस्तुति		Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager
Date of Surgery अभियोग की तारीख	 DR. P. PRABHAKAR, M.B.B.S., D.O., F.P.S.C. Specialist Ophthalmologist and Cataract Surgeon (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम & इलाका के साथ छाप	OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vasanthanagar Bangalore-560025

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2
	