

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: 8/1095/2173
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 15/10/25
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT: Parameshwaralal
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 63
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/O Nanjappa
पिता/पत्न्युक्त का नाम



Pre op post op
3173-Parameshwaralal

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता
Dandivahali Vana (D) Tumkur (T)

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता
Tumkur (D) Karnataka

OCCUPATION: Coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 16000
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थायी कर का संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पता है (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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 सम्बन्ध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियम आधार

<input type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेटा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये विनियम का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन/दुर्घट संलग्न
①	Diagnosis RF - Outpatient LE - Outpatient
②	Surgery RF - Out + P.O.C

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौन सी सहायता मिली

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा 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 घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग उक्त उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रपत्र में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करा)

- 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में प्रयोग करें, जो "कोशिका" द्वारा सहायता प्राप्त उद्देश्य से धुंधली प्रतियों और प्रसारणों के लिये किया जा सकता है।
 - 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को "कोशिका फाउन्डेशन" के उद्देश्यों से प्रयोग करने से मुझे सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उक्त न्यासीयों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

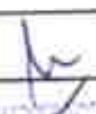
आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



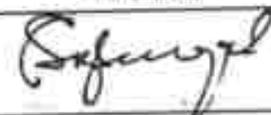
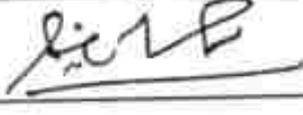
AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करा)

- 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.
- इससे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाएगी और मैं (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में घोषणा स्वीकार करता हूँ।
- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये सहायता ले रहा हूँ, क्योंकि मैं "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता ले रहा हूँ। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो मैं हस्पताल को सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता हूँ। इस पुष्टि से स्पष्ट कहा जाता है कि सहायता केवल वित्तीय मदद उक्त रोगी/रोगी के लिये है।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस बात पर निर्भर करता है कि वह किस तरह की सहायता लेता है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज शुरू करने से पहले रोगी को सही जानकारी देनी चाहिए और "कोशिका" को कोई भी दायित्व या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिये संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 15/10/25	 Dr. PREETHI B.K. M.B.B.S. D.O. F.P.O. F.P.O.S. (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर M.B.B.S. Reg No. 85566	 Mr. Lakshmi Pathi N Manager Outreach Institute of Eye Care (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital/Trust) (A unit of Koshika Foundation) डॉक्टर के अलावा अधिकृत अधिकारी का हस्ताक्षर
--	--	--

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 
---	---