

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/1095/2212**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि **24/10/25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम **Kariyappa**

AGE-YEARS आयु-वर्ष **60** GENDER लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/कन्या का नाम **S/O Siddabail**



Pre op post op  
2012 - Kariyappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता  
**Terinabaddi, Hosyalagalli, Kamahagara,  
Kannurta**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय **12000**

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

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
क्या आप आय कर दाता हैं (जो अन्य 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 से संबंध
1	<b>Arshwamma</b>	<b>50</b>	<b>F</b>	<b>wife</b>
2	<b>Byatavaja</b>	<b>36</b>	<b>M</b>	<b>son</b>

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

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

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

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	<b>Dialysis</b> <b>RE - Calcium</b> <b>LE - Calcium</b>
2	<b>Surgery</b> <b>RE Calcium + PUCC</b>

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि

**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.
- 4) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिने गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरे प्रयास विफल हो जा सकते हैं।
- 5) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से लेने का नहीं है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में पता गया है।
- 6) मैं घोषणा करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह आवेदन किया गया है, उस सहायता का उपयोग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कम्पनी से न हो सके और न ही भविष्य में हो सके।

**AGREEMENT by APPLICANT** (आवेदक द्वारा करना)

- 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/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 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 3) इस प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण में प्रयोग हों, इसमें "कोशिका" दवायु, चिकित्सा, दवा, या अन्य किसी भी उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार का प्रचार करने के लिये अधिकृत है। मेरे प्रकरण का विवरण मेरे इच्छा के परते या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 4) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रयोग हो सके, सहायता का इच्छा नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" दवायु, चिकित्सा, दवा, या अन्य किसी भी उद्देश्य के लिये अंतिम और बाध्यकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



**AGREEMENT by HOSPITAL** (हस्पताल द्वारा करना)

- 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.
- इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में किसी सहायता किसी और सहायता से या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिये या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सहायता/सिफारिश उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनियम अतिरिक्त/अवकाश हेतु सहायता नहीं किया जाता है तो अन्यथा किसी अन्य और सहायता से या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अन्यथा सिफारिश पर उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी और सहायता से या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेगी।
  2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेने का सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा ही सही प्रत्येक या किसे भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव होगा एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षित और अपने अपने की सही जिम्मेदारी होगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Handwritten signature*

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
मुख्य-व्यक्ति (अधिकृत अधिकारी)  
GUTHRIE EYE CARE TRUST  
18, Gauri Road, Indira Nagar, Bangalore-52

**Dr. P. RETHI, B.K.**  
M.B.B.S., F.I.C.O., F.P.S.  
Specialist in Ophthalmology and Paediatric  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
डॉक्टर का नाम व इच्छा (संकेत)

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
04/10/24

**FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**

<b>SIGNATURE of TRUSTEE 1</b> नामों हस्ताक्षर 1	<b>SIGNATURE of TRUSTEE 2</b> नामों हस्ताक्षर 2
<i>Handwritten signature</i>	<i>Handwritten signature</i>