

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building blocks of life.

APPLICATION No.: आवेदन संख्या: **B/1095/9951**

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि **21/10/25**

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम **Chandrashekhar B.R**

AGE-YEARS उम्र-वर्ष **64**

SEX लिंग **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/कटुम्ब का नाम **S/O Krishnappa**



Pre op post op
9951-chandrashekhar.

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान आवासीय पता
**H.No.10. Nellikunte, Kottabatur,
Bangalore. Karnataka**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION: व्यवसाय **Coolie**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय **15000**

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

PAN No. स्पष्ट नहीं बताया

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

Yes / No
हाँ / 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 संबंध
①	Jayalaxhman	47	F	Wife
②	Mahendra	87	M	Son

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

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

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे वर्ष विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis Rx - Cataract LF - Cataract
②	Surgery Rx - Cataract + PCOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई 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 सी गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही 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 द्वारा जो सहायता ली "कोशिका फाउन्डेशन", उसे ही का रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माया गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने सहायता हेतु पर प्रार्थना की नहीं है, उस लक्ष्य का अतिरिक्त या अलग किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न हो लिया है और न ही भविष्य में लूंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 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/produce 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 द्वारा मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे को लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सच्योक्ति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके 'ट्रस्टी' " को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकार में प्रकाशित करें, उसे "कोशिका" एम्प्लॉयर्स, डॉक्टर, माध्यमों द्वारा प्रसारण से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रस्तावित माध्यम से प्रकाशित करने के लिये अधिकृत हैं। मेरे द्वारा का विवरण को इलाज के पहले या बाद में करने के लिये "कोशिका फाउन्डेशन" से नहीं अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित हैं पूर्णतः सत्य। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लॉयर्स 'ट्रस्टी' का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)

- 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 मान्यता/एंगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण में माया व स्वीकार्य करते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता के बिना अन्य स्रोत से प्राप्त की जाएगी, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/किरीटी प्राप्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता निरी अतिरिक्त/अवकाश हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो अस्पताल, किसी अन्य और सहायता स्रोत या किसी अन्य सहायता से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद प्राप्त कर लेने/प्राप्त करने की सहायता मांग या किसी अन्य माध्यम से नहीं प्राप्त/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता वित्त प्रकृति की है। हमें पर हस्पताल द्वारा ही पूर्ण सहायता या बिना में उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेनी एवं हस्पताल को बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हस्पताल में लेनी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी लेनी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस सम्बंध में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृतियों के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख
22/10/24

DR. PREETHI, B.K.
M.B.B.S (D), FGO, FPOS
Specialist Ophthalmic and Pediatric
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर की नाम & हस्ताक्षर से उचित है

Mr. LAIKSHMIPATHI N
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)
नाम व पद हस्पताल की ओर से अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेतु (Koshika Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 1
नामो हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2
नामो हस्ताक्षर 2

[Signature]

[Signature]