

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेतु आवेदन प्रारूप		(Healthcare) (स्वास्थ्य देखभाल)		 Koshika foundation Building block of life.	
APPLICATION No.: B/1125/2742 आवेदन संख्या:		APPLICATION DATE: 28/11/25 आवेदन तिथी			
NAME of APPLICANT: Boregawda. आवेदक का नाम		AGE-YEARS आयु-वर्ष 65	SEX लिंग M	  Pre OP Post OP 2742 Boregawda	
FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o Channale gowda. पिता/कटुम्ब का नाम					
PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवास पता H.no.-28, Chagatohalli, Mannahalli, Nagamangala, Mandya (D), Karnataka.					
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवास पता					
OCCUPATION: Unemployed. व्यवसाय		MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)			
TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय		(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)			
PAN No. स्थाई खाता संख्या					
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): ॥ आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं) 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 सम्बंध	
①					
BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable) सहायता के लिए विनती आधार					
BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रैखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)		EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य	
"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE: सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य:					
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न				
①	Diagnosis - RE PCIOX. LE cataract.				
②	Surgery - LE Cataract + PCIOX.				
ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो?					
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED सी गई सहायता राशी			

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 योचना करता हूँ कि इस प्रारूप 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) मेरे द्वारा जो सहायता राशि "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का और/या सकल हिस्सा किसी अन्य स्रोत/विधोक्त/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

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/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.

1) इस प्रश्न का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, यै (जातेवक) अपनी सहमति को पुष्ट करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिभूत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में प्रोक्षित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचना/या दूसरे उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार वाधकता से प्रभावित करने के लिये अधिभूत है। मेरे प्रश्न का विवरण मेरे हस्ताक्षर के पत्राने या बरद में करने के लिये "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिभूत है।

2) यै (जातेवक) इस बात से सहमत है कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रार्थित है मुझे सहायता का इकायन नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाधकतापूर्ण होगा।

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान



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.

हमारे अधिकृत, हमसहो की ओर से मानते/रंगी को "कोशिका फाउन्डेशन" से विविध सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हमसहो) विभिन्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में कितने सहायता किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य इकाई से उक्त रोगी/बच्चे में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफरीड/विनिल उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता मिलने आशंक/संकात हेतु मंजूर नहीं किया जात है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्स्थान से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/बच्चे हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका पाठ्यवेदन" में ली गई संज्ञाएँ केवल विविध प्रकृति की हैं। रंगी या इन्सुलिन द्वारा दी गई संज्ञाएँ या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रंगी एवं इन्सुलिन के बीच का विषय है और "कोशिका पाठ्यवेदन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए इन्सुलिन में रंगी को इतना सुरक्षा और जाने जाने को सारी जिम्मेदारी रंगी एवं इन्सुलिन की होगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

28/11/21

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व हस्ताक्षर व मुद्रा

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)

नाम: **श्री विष्णु** अभिषेक

आन्तरिक उपयोग केवल (Internal Eye Care Trust)

न्यासौ हस्ताक्षर ।

न्यासी हस्ताक्षर 2