

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life

APPLICATION No.: B/1225/2837
आवेदन संख्या:

APPLICATION DATE: 11/12/25
आवेदन तिथि:

NAME of APPLICANT: Venkatesh
आवेदक का नाम

AGE-YEARS आयु-वर्ष: 55
SEX लिंग: M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: S/o chandappa
पिता/कटुम्भ का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H. NO 21 20th CROSS chandappa Nagar
Adugodi Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई आवासीय पता



pre op post op
2837 Venkatesh

OCCUPATION: coolie
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: 25,000/-
कुल वार्षिक आय

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

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
1 आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न 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	Muthyalamma	40	F	wife
2	K.V. Raja	16	M	son
3	K.V. ARUNA	19	F	Daughter

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

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा 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) व्ययभोजन 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 cataract LE cataract
2	Surgery LE cataract + PCICL

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 राशि

- 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 सोचता करता हूँ कि इस प्रक्रम में दिने एवं सही विकास मेरी जानकारी के अनुसार साथ एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहमति निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे द्वारा जो सहमति प्राप्त "कोशिका काउन्टेशन", मेरी जा रही है, इसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रक्रम में करा गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि विस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का अंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य कोटिनिषेधक/वीथि कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लीव।

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 fulfilment 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 प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली को दाब लगाकर, मैं (अलेक्जेंडर) अपनी सभ्यता को पुनर्दिष्ट करता हूँ जब "कोरिका फाउंडेशन और उसके न्यायियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में दी गई है, उसे "कोरिका" दलम् न्यायो, धन, सम्पत्ति या दूसरे उद्देशों से जुड़ी गतिविधियों को उजागर करने के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्रभावित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इच्छा के बजाय या बाद में करने के लिए "कोरिका फाउंडेशन" व न्यायो अधिकृत है।
- 2) मैं (अलेक्जेंडर) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों से प्रसारित है मुझे सतत: सहायता का इच्छा नहीं करता। इस सम्बंध में "कोरिका" दलम् उसके न्यायियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

आशीर्वाद की इच्छाएँ का जगहें का निधान



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 अधिकार, हस्ताक्षरों की ओर से सामान्य/ऐसी को "कोशिका फायनेंस" से मिलित सहायता हेतु विकसित की जाती है, जिसे हम (हस्ताक्षर) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि न तो सर्वान्व और न ही अधिकारों के विविध सहायता किसी भी सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मार्गों में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से मित्रता/विशेष उद्देश्य के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मरद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विदेशी अधिकार/सहायता हेतु मनुष्य नहीं किया जाता है जो असमर्थ किसी अन्य भी सरकारों संस्था या किसी अन्य समर्थन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि असमर्थता द्वितीय मरद उक्त रोगी/मार्गों हेतु किसी भी सरकारी संस्था या किसी अन्य समर्थन से नहीं लेगा/लेगी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से लेी गई सहायता केवल विविध प्रकृति की है। रोगी पर हमलात द्वारा दी गई सहायता या जिसे गये उपचार/प्रक्रिया का मुनाब रोगी एवं हमलात के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दायता नहीं है। इसीलिए हमलात में रोगी को इलाज सुरक्षा और अपने जाने की सभी जिम्मेदारी रोगी एवं हमलात की होगी और "कोशिका" को कोई धनिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

DIAB **OP. CHARGES OF HOSPITAL**
& EYE HOSPITAL
 नाम व पद हस्ताक्षर अधिकारी अधिकारी

(A unit of Siddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

न्यासी इस्लाम १

न्यासी इस्लाम 2