

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्राप्ति

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION No.:
आवेदन संख्या :

BLO425/0231

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथी 12/4/25NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम

Shanthamma 64 F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/स्त्री का नाम

10/0 Doddathanniah

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: वर्तमान अवासीय स्थान
Nanibinayaghattaballi Koppa Hobli maddur taluk - mandya District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: मन्त्र अवासीय स्थान

OCCUPATION:
अवस्था

Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. संख्या दाता संसद

DO YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
मैं आप आय कर दाता हूं (जो साचा हो उस पर मही का विशेष लगावें)Yes / No
हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवर्त विवरण

Sr. No.
क्रम संख्याName of Family Member
परिवर्त के सदस्यों का नामAge (Years)
वय (वर्ष)Gender
लिंगRelation with Applicant
आवेदक के साथ सम्बन्ध

①

Bhagirath

684

M

Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनियोग आवश्यकBPL Card
(Attach Card Copy)(गणराज्य रेखा के पाने प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)EWS Certificate
(Attach Certificate Copy)(अल्प आय का प्रमाण पत्र
(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)Ration Card
(Attach Copy)

(प्रमाण पत्र को साथ प्रति संलग्न करें)

Any Other
Basis/Proof

(अन्य कोई साक्षण)

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये विवरों का उद्देश्य:

Sr. No.
क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

अस्पताल/हॉस्पिटर से जारी की गई प्रतिस्वेच्छ सूची संलग्न

①

Diagnosis:-

RE catarract

LFT PTOOL

Surgery:- RE cataract I.P.C.I.U.

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता विवरों 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 राशी

①

DBCS

3000/-

DECLARATION by APPLICANT: अवधेक द्वारा घोषणा पत्रः

- 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 हूं कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण मेरी सत्त्वती के अनुच्छेद एवं नहीं हैं। यदि कोई विवरण ऐसा काम अथवा उपर्युक्त काम है तो मेरी महापात्रता निम्न की तरफ सक्रिय है।
- 2) मैं द्वारा कोई महापात्रता या "कोशिका फाउंडेशन", से ली जा रही है, उसका उपर्युक्त को पूर्ण के लिये किया जाता है, जो इस प्राप्ति में आए गए हैं।
- 3) मैं चुनिं भावात् हूं कि विषय महापात्र होने वाला आवश्यक नहीं है, उस गाँधी का सर्विक या सकल हिस्सा अवृत्त योग्योक्ता/योग्य कामनी से न तो लिया है और न ही विषय में सूझा।

AGREEMENT by APPLICANT: (अवधेक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its 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 its 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 is thus regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्राप्ति पर अपने हाथाहा या लंबेटे को लाप साक्षात्, मैं (अवधेक) अपनी सहायता की पूर्ण भावता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके नामीयों" को अधिकृत भावता हूं कि मेरा नाम, जन्म, फोटो और जो विवरण इस प्राप्ति में दर्शित है, उसे "कोशिका" एवं नामीयों, जन्म, जात्योग्य या गृहस्थ उपलब्धियों से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी भावार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्राप्ति का विवरण मेरे हाथाहा के बहाते जा वाले ये करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व नामीयों अधिकृत है।
- 2) मैं (अवधेक) इस भाव से सहमत हूं कि मेरा जन्म, जन्म, फोटो और विवरण जो कि महापात्र के उपर्युक्तों से दर्शित हैं जुहाँ भावा; महापात्र का हक्कार जीव भवता है "कोशिका" एवं उसके नामीयों का विलोप वर्त्तित और काल्पनिक होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अवधेक के हाथाहा या लंबेटे का विवरण

AGREEMENT by HOSPITAL: (हास्पातल 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 its 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमने अधिकृत हाथाही की ओर से मानसिक भावों के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महापात्र होने विवरणित की जाती है, जिसे इस (हास्पातल) निम्न भावता से मान्य व स्वीकृत करते हैं।

1) यह कि न कोई विवरण या न ही विवरण में वित्तीय महापात्र विलोप या सम्पत्ति का किसी भूमि स्थान से उपर्युक्त विवरण में लिये जा सके जाएं जाएं है, ये कि इसने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय महापात्र के लिये अन्य विवरण या सम्पत्ति के लिये अन्य विवरण से महापात्र अन्य विवरण से महापात्र नहीं है। यदि कोई विवरण या सम्पत्ति के लिये अन्य विवरण से महापात्र नहीं है, तो इस विवरण को किसी भूमि स्थान से उपर्युक्त विवरण से महापात्र नहीं है।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से ली जाने वाली महापात्र के लिये विवरण या सम्पत्ति को है। उन्हें यह हास्पातल द्वारा दी गई सम्भावना या विवरण या उपचार/प्रक्रिया का उपर्युक्त योग्य विवरण है। यह विवरण या सम्पत्ति को किसी भूमि स्थान से उपर्युक्त विवरण या सम्पत्ति के लिये अन्य विवरण से महापात्र नहीं है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिये संकेति

Redacted
Mr. LAKSHMIPATHIN

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

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

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shri Lakshmi Eye Care Trust)

Vasantnagar Bangalore-52

Dr. M. LAKSHMIPATHIN MBBS,

MS Consultant-Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital

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

(A unit of Shri Lakshmi Eye Care Trust)

Vasantnagar Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

Vasantnagar Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामीय हस्पात

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामीय हस्पात 2

Redacted

Redacted