

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)

APPLICATION NO.:  
आवेदन संख्या:

B/0525/0409

APPLICATION DATE:  
आवेदन तिथि:

10/5/25

NAME of APPLICANT:  
आवेदक का नाम:

Soojamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष:

50

SEX लिंग:

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:  
पितृ/सупूर्ह का नाम:

W/o Hooligowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: बस्तीमाल आवासीय पता:

Chikkonahalli (r) Maddur (T) Mandya (D)  
Karnataka.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: निर्धारित आवासीय पता:



Pre op post op  
Soojamma 0409

OCCUPATION:  
पेशवा:

Cow herder

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय:

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष दस्तावेज़)

PAN No. स्ट्रेट लिंग संख्या:

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
ममा आप जाते कारण हैं (जो मान ले उस पर सही का विचार लगायें):

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 सम्बन्ध

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

EPL Card (Attach Card Copy) ग्रामीण रेत के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय की प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की लागत प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साध्य
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु लिये गए विनाश का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई विचारन सूची संलग्न		
①	Diagnosis      RF - Rhoctosis LF - PCTOL		
②	Surgery      RF - Gd + 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 ली गई सहायता रकम
①	DBCS	3000/-

**DECLARATION by APPLICANT:** अवैदेक द्वारा घोषणा करें:

- 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 प्रकाश में लिखे गए सभी विवरण ऐसी जानकारी के अनुसार यात्रा की रूपान्धारा भी हैं। यह कोई विवरण यात्रा करने वाला है तो मैंने सहायता निम्नलिखित को जो मानती है।
- 2) मैं द्वारा जो घोषणा गयी "कोशिका फाउंडेशन", से जीव रख रही है, उसका उपर्योग उसी उपर्योग की तुलने में लिखे विवरण जारी, जो इस प्रकाश में यात्रा की रूपान्धारा है।
- 3) मैं पूर्ण जाता हूं कि विवरण सहायता द्वारा यह घोषणा को रख देता है, उस गति का लिखित या सकात हिस्त मिस्त्री अन्य घोषणाएँ बोली जाननी से न तो लिखा है जौँ न ही घोषणा में लिखा है।

**AGREEMENT by APPLICANT (अवैदेक द्वारा कराया)**

- 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 this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रत्यक्ष का अवधारणा या अंगठे को जाता साकार, मैं (अवैदेक) अपनी सहायता की पूर्ण जाता हूं एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यायीकों" को अधिकृत जाता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रत्यक्ष में घोषित है, उसे "कोशिका" एवं जाता, दाता, उपलब्धक दूतों व दूसरे व्यक्तियों और उपलब्धियों को लिखे विवरण भी प्रसार याप्त न होना चाहिए। अपने अधिकृत जाता हूं कि इस प्रत्यक्ष का विवरण मेरे इच्छावाले जाते या बदल में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यायीक निषिद्ध है।
- 2) मैं (अवैदेक) इस जाता से सहायता हूं कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रतीत है मुझे सहा याप्त करना वा बदला नहीं जायगा। इस घोषणा में "कोशिका" एवं उसके न्यायीकों का निर्णय अदिल और बाधकारी होगा।

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

आवेदक की सहायता के लिए अवैदेक



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

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.
- हमारे अधिकृत, उपलब्धियों को जाने से यान्त्रिक घोषणा को "कोशिका फाउंडेशन" से लिखे सहायता हेतु विकलित की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) विषय प्रकाश से यान्त्रिक अवैदेक करते हैं।
- 1) यह कि न ही घोषणा और वही भविष्य में विविध सहायता विकली गई जानकारी संस्थान या विकली अन्य स्थान से उक्त गोदानोंकाले में दोषी या दोषी हो जाए है, जैसे कि इसमें "कोशिका फाउंडेशन" से लिखायी/विनिमय जाता के गवाह ये "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता विकली आविकार/वापस हेतु मन्त्रु नहीं किया जाता है तो अस्पताल विकली अन्य या जानकारी संस्थान या विकली अन्य स्थान से यान्त्रिक घोषणा की जानकारी घुसित रखता है। इस पूर्ण में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय या दूसरे दोषी/घोषणे हेतु विकली या जानकारी संस्थान से यान्त्रिक घोषणा की जानकारी नहीं।
  - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सीधे यान्त्रिक सहायता के बाहर विविध प्रकृति की है। यानी पर अस्पताल द्वारा यान्त्रिक सहायता का यान्त्रिक योग्य योग्य एवं हस्पताल में दोषी या दोषी वापस होना विविध हस्पताल में दोषी के इच्छावाले और वहाँ जाने की विम्बिली होनी एवं हस्पताल की होनी और "कोशिका" की कोई घुसिता या विम्बिली इस घोषणे में नहीं होती।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

संक्षिकृती के लिए संस्कृति

Date of Surgery अवैदेक की तारीख <i>10/5/25</i>	Dr. M. PANTHAKA MBBS, MS Consultant Ophthalmologist Bangalore Eye Care Trust, Bangalore-52 (A unit of Shri Vasantham Eye Care Trust)	Mr. LAKSHMIPATHI N (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) OUTPATIENT Nursing & Admin. Department DENTAL & OPTOMETRICAL DIABETES & CARDIOLOGY 1A unit of Shri Vasantham Eye Care Trust)
SIGNATURE OF TRUSTEE 1 न्यायीक हस्पताल Vasantham Eye Care Trust, Bangalore-52 <i>Safayal</i>	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीक हस्पताल Vasantham Eye Care Trust, Bangalore-52 <i>Lakshmi</i>	