

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0625/0725

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

4/6/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Shivamamamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

60

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

W/o Shivamamamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Sujathapur

Kishugavulu

Hobble

Malavalli

Taluk

Mandya District

Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

- II -


 pre op 0725
 post op Shivamamamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. न्याय सहाय संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

आप आय कर दाता हैं (जो प्रत्यक्ष हो उस पर चिह्न का निशान लगाएं)

Yes / No

हां / 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
①	Rajakrishna S.	35	M	SON
②	Nanjundaswamy	33	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनंति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा 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 किसे नये विनंती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE p.c.t.a.l IE cataract
②	Surgery LE cataract + p.c.t.a.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिये गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED नी गई सहायता राशी
①	D.R.C.S	2000/-

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 यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण ग्राहक कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ जो सहायता ली है "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में भरा गया है।

3) मैं यहाँ घोषणा कर रहा हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रारूप भरा जा रहा है, उस लिये या भविष्य में समस्त हिसाब किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ली जायेगी और न ही भविष्य में ली जायेगी।

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/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.

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 अंगुष्ठ की छाप लगाकर, ये (अवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता है एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता है कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रश्न में सीधा है, उसे "कोशिका" एम्स न्यासी, एन, साक्षर/वाचक द्वारा उद्धृत या जुड़ी गतिविधियों और उल्लेखों के तिर के किसी भी प्रसार मध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मैं प्रश्न का विवरण में इसका जो पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आलोचक) इस बात से सहमत हूँ कि ये सच, पस, छोटे और विषम जो कि महापता के उत्पत्तियों से प्रेरित है मुझे मन्तः महापता का इकदा नहीं बनाता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इसमें उम्मेद लगी है। निर्माण, जीवन और बाधकाली होय।

आवेदक के हस्ताक्षर या छापने का निशान



By affixing hereunder, signature of our Authorized 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, हस्ताक्षर की ओर से सम्बन्धितों को "कोशिका काउन्सेल" से मिलिय सहायता हेतु निम्नलिखित की जाती है, जिसे हम (हमसे) निम्न प्रकार से प्राप्त व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो संस्थान और न ही भविष्य में विविध सहायता किसी के सरकारी संस्थापन या किसी अन्य स्रोत से उठा लेने/पाने में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विचारविम्वल/विश्लेषित उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विविध व्यक्ति/व्यक्तियों हेतु चयनित नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य के सरकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय मदद उक्त रोटी/पावने हेतु किसी के सरकारी संस्थापन या किसी अन्य संस्थापन से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका काउन्टेशन" से जो गई सहजता कोशिका विधि प्रकृति की है। रोगी पर हमला करने वाले टी गई सलाह या किन्हीं लगे उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमलाकार

कॉपी का विषय है और "कॉपीराइट फाइंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दावा नहीं है। इसलिए हममतल में ऐसी कं प्रताप सुका और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी ऐसी एवं हममतल की होती और "कॉपीराइट" को कोई क्षति का जिम्मेदारी हम समने में नहीं होगी।

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery
अपरिणत की तारीख

4/6/25

Dr. M PAVITHRA MBBS

MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Eye Hospital
(A unit of Shri Siddha Eye Care Trust)

SIGNATURE: M. S. Ramesh Babu gar. Bangalore-52

न्यासी हस्ताक्षर KMC No-91567

Mr LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital
OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE of TRUSTEE 2
Vasanthi, J. B. Bangalore-52

Page 4 of 4

30-11-2024