

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. : आवेदन संख्या : 13/0625/0762 APPLICATION DATE : आवेदन तिथि 2/6/25

NAME of APPLICANT : आवेदक का नाम Chikkamadarhotty AGE-YEARS आयु-वर्ष 70 SEX लिंग M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : पिता/कटुम्ब का नाम S/o gopahetty

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान आवासीय पता Dargachipex, Chomalipet

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

OCCUPATION : व्यवसाय an employed. MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय (Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. : उपर्युक्त खाली छोड़ें

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): क्या आप आय कर दाता हैं (को मान्य हो उस पर सही का निशान 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
15	Chikka + Lemma	74	F	Wife

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

☒ BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☒ Ration Card (Attach Copy) उपभोगता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	☐ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किये गये किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
15	Dargachipex! RE- met cataract LE- cataract
18	Surgachipex LE- cataract + pycal

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 लौ गई सहायता राशी
19	ADIC	2000/-



pre op - post op
0762 - chikkamadarhotty

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा यह:

- 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 हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं कथन अलग प्राप्त जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरी द्वारा जो सहायता "कोशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माग गया है।
- 3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या समस्त हिस्सा किसी अन्य सोर्स/एम्प्लॉयर/इन्सुरेन्स कंपनी से न ली जाय और न ही भविष्य में ली जाय।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

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 प्रकरण पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने सहयोगी की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रकरण में भौतिक है, उसे "कोशिका" एम्प्लू. न्यासी, एन. वाचनालय द्वारा वरिष्ठता से चुनी गई विधियों और उपकरणों के द्वारा किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरी द्वारा का विवरण मेरी इच्छा के बिना या बिना मेरे जाने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" व न्यासी अधिकृत है।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रकाशित है मुझे सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" एम्प्लू. उसके नियमों का निर्धारण अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल 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 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 this matter.

हमारी अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से मामले/रोगी की "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) वित्त प्रकरण से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजों में ली जा ले रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विनिर्दिष्ट उक्त के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता वित्तीय अतिरिक्त/सम्पन्न हेतु मंजूर नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल वित्तीय मदद उक्त रोगी/मरीजों हेतु किसी और सहायता संगठन या किसी अन्य माध्यम से नहीं लेगा/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से ली गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दखल नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भी प्रतिक्रिया या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Dr. M. PAVANRAJ MBBS**MS Consultant Ophthalmologist****Bangalore Diabetes & Eye Hospital****(A Unit of Shree Koshika Eye Care Trust)****Vasanth Nagar, Bangalore-52****Mr LAKSHMIPATHI N****Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A Unit of Shree Koshika Eye Care Trust)****Vasanth Nagar, Bangalore-52****Date of Surgery**

ऑपरेशन की तारीख

26/12

SIGNATURE of TRUSTEE 1

न्यासी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2