

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

B/0625/0799

APPLICATION DATE: 10/6/25

आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mangalamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/हस्तुपति का नाम

w/o shivamaniappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वास्तव्य आवासीय पता

Bommavahalli Erumathurpete Taluque
Chamarajinagara District Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

-11-

pre op post op
0799 Mangalamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

~~unemployed~~ unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. उपाई खंडा संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।)

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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विनती आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी भुक्त को गरीब 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) उपभोक्ता 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 दवािवेदन सूची संलग्न
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery LE cataract + p.c.c.

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 सी गई सहायता राशी
①	D.B.C.S	2000/-

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 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 पर बताना हूँ कि इस प्रश्न में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं आग्रह असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात को सहायता एवम् "कोशिका फाउन्डेशन", से ही जा रही हूँ, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में भरा गया है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या आर्थिक की नहीं हूँ, उस एवम् या -विवरण या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/निरोधक/बीमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEE PAGE 0000 0000)

- 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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्श्वेक) अपने सहयोगी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विषय इस प्रश्न में घोषित है, उसे "कोशिका" एम्प न्यासी, दान, सहायता/सुझाव इत्यादि से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रश्न का विषय मेरे हस्ताक्षर या अंगूठे के बिना "कोशिका फाउंडेशन" या न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्श्वेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विषय जो कि सहायता के उद्देश्यों से प्रेषित है मुझे न्यासी, सहायता का इंतजार नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" एम्प उसके न्यासी का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

आपका यह इरादा या अंग्रेजी का विषय



AGREEMENT by HOSPITAL (EXHIBIT 270 W-17)

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.

इससे अधिकतर, हमारा धर्म की ओर से सच्चापन/संगति को "कोशिका कठोरता" से विलीन नष्टात्मक हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इसपक्ष) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- 1.) यह कि न तो कॉलेज और न ही परिवार में विविध साक्षरता किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य श्रोता से उठा रोगी-ग्राम में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कॉलेज फाउन्डेशन" से मिमरॉरिड/विपरीत उच्च के सम्बंध में "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा साक्षरता विपरीत अतिरिक्त/सकल हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो सम्प्रदाय किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सम्प्रदाय से साक्षरता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि सम्प्रदाय विपरीत मदद उठा रोगी-ग्राम में हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नहीं लेना/लेनी।
2. "कॉलेज फाउन्डेशन" से लेी गई साक्षरता कोन विविध प्रकृति की है। रोगी या सम्प्रदाय द्वारा लेी गई साक्षरता या किसी गये उच्च/अधिका का मुख्य रोगी एवं सम्प्रदाय के बीच का विषय है और "कॉलेज फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दयाल नहीं है। इसीलिए सम्प्रदाय में रोगी के इलाज सुरक्षा और अपने जाने की भारी जिम्मेदारी रोगी एवं सम्प्रदाय को होती और "कॉलेज" को कोई सुरक्षा या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्त्रीकृती के लिए संस्मृति

Date of Surgery
सर्जरी की तारीख

10/6/25

Dr. M. PAVITHRA MBBS.

MS Consultant Ophthalmologist

Bangalore Diabetes & Endocrine Hospital

(A unit of SPOB is INTERNAL USE of KODAK)

SIGNATURE OF TRUSTEE

नामो इत्यत्र ।

KMC No-91567

Mr. LAKSHMIPATHI N

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

on behalf of Hospital)

OUTREACH BANGALORE

ABEYAPPA EYE HOSPITAL

SIGNATURE of TRUSTEE 2

सन्तानुवाक, बंगलोर-५८

0.18