

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 3/0925/1705
आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE : 21/9/25
आवेदन दिनांक :

NAME of APPLICANT : BOORANA
आवेदन करणारा नाव :

AGE-YEARS मास-वर्ष : 69
SEX लिंग : Female

FATHER/SPOUSE'S NAME : Mr. B. J. B. B.
पितृ/पत्नीचे नाव :



Pre-op Post-op
of Boorana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : Muliga churga, Tealepe, Kootarala ga.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : [Blank]

OCCUPATION : Home Maker

MARRIED (निर्वाह) / UNMARRIED (अनिर्वाह)

TOTAL ANNUAL INCOME : 22,000/-

[Attach Proof of Income] (सहाय्येसोबत जोडणे)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable): Yes / No

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Santosh	27 years	Male	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

BPL Card (Attach Card Copy)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	Ration Card (Attach Copy)	Any Other Basis/Proof
-----------------------------	---	---------------------------	-----------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis - RR - cataract
2	IF - cataract
3	Diagnosis - LE - cataract - 1.0000

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

Sr. No.	NAME of OTHER SOURCE	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा कथित है)

- 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/revocation.
 - 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 कथित करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई कथित एवं कथन असत्य पाया जाता है तो पूरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं इस बात का गारंटी करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग केवल इसी उद्देश्य के लिए किया जाएगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ कथित करता हूँ कि मैं आगे चलकर इस मदद को नहीं लेऊँगा, इस मदद का उपयोग या कथन किसी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इन्सुरेंस कंपनी से न ले लिया है और न ही लेने का इरादा है।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा कथित)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize 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 अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कॉशिका फाउंडेशन और इसके आजीवन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रश्न में उल्लिखित हैं, उन्हें "कॉशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक द्वारा इत्यादि में मुझे गोपनीयता और जानकारी के लिए किसी भी प्रकार का उपयोग करने के लिए अधिकृत है। मेरे इस बात का विवरण को इसका उपयोग करने या बाद में करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" को अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आगे चलकर के उपयोग के अधिकार है मुझे नहीं। आगे चलकर का निर्णय पूरी तरह से "कॉशिका" द्वारा उनके आजीवन को मिले अधिकार और अधिकारों को है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा कथित)

- 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.
- हस्ताक्षर करके, हमारी ओर से अधिकृत अधिकारी को "कॉशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में कथित एवं स्वीकार करते हैं।
- 1) हम न तो वर्तमान में न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के उपचार या किसी अन्य रोगी के उपचार के लिए किसी अन्य स्रोत से लेते हैं, जैसे कि हमने "कॉशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की है। "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को पूरा नहीं किया जा सकता है तो हम अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं।
- 2) "कॉशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस रोगी के चिकित्सकीय आवश्यकताओं पर निर्भर करता है और "कॉशिका फाउंडेशन" द्वारा सिफारिश प्रदान की गई सहायता को पूरा नहीं किया जा सकता है तो हम अन्य स्रोत से सहायता ले सकते हैं।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
अधिकृत की सिफारिश

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	 Dr. PREETI. B.N. M.B.B.S. D.O. F.I.C.C. F.C.C.P. (Name of Dr. & Right. No. with Stamp) आर्य समाज हॉस्पिटल, बंगलूर	 Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory of Hospital) DIABETES & EYE HOSPITAL (A unit of Shradha Eye Care Trust) Masabhanagar, Bangalore-52
------------------------------------	--	---

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1 आजीवन 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 आजीवन 2
	