

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(आरोग्य देखभाल)



APPLICATION No.:
आवेदन संख्या: **B/0925/1709**

APPLICATION DATE:
आवेदन तिथि: **2/9/25**

NAME of APPLICANT:
आवेदक का नाम: **Abdulla**

AGE-YEARS मातृ-वर्ष: **51**
SEX लिंग: **M**

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:
पिता/पत्नी का नाम: **S/o Matham**



pre op
1709
post OP
Abdulla

PRESENT RESIDENCE ADDRESS: **H.No. 21/1B 6th cross, Padarajunagar**

Bangalore, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: **-11-**

OCCUPATION:
व्यवसाय: **Carlier**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:
कुल वार्षिक आय: **28,000/-**

(Attach Proof of Income)
(आय का प्रमाण-पत्र)

PAN No. (यहाँ खाली छोड़ें)

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
आप आय का दाता हैं (जो नाम को उम्र पर सही का चिह्न लगाएं):
Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
/				

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

<input checked="" type="checkbox"/> BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input checked="" type="checkbox"/> Nation Card (Attach Copy) राष्ट्रसेवा कार्ड (प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें)	<input type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof अन्य कोई सबूत
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु दिने गने विषयों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
(1)	Diagnosis RE cataract LE cataract
(2)	Surgery LE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AWAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AWAILED कौन सी राशि सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थक इत घोषण कर)

- 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 प्रश्न में दिये गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन प्रश्न पत्रक को खारिज करने योग्य बना देगा।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि यदि मुझे "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता मिलती है, तो मैं उसे केवल उसी उद्देश्य के लिए ही प्रयोग करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु पूरा उद्देश्य को नहीं पूरा करूँगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है, अन्य किसी भी सहायता/रोजगार/बीमा कम्पनी से या जो भी सहायता है और मैं इसे नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थक इत कर)

- 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 बायाँ की उंगली का छाप लगाकर, मैं (अर्थक) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में बताने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, ऑडियो, वीडियो, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, या अन्य किसी भी माध्यम के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत हैं।
- 2) मैं (अर्थक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को जो सहायता के उद्देश्य के लिए है, स्वतः सहायता का प्रदान नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" फाउंडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्थक के हस्ताक्षर या बायाँ की उंगली का छाप



AGREEMENT by HOSPITAL (अर्थक इत कर)

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.

इसमें अधिकृत हस्ताक्षर की ओर से प्राधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि वह इस (रोगरोगी) को वित्तीय सहायता प्रदान करे।

1) यह कि मैं या मेरा अंगण और मैं भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी प्रकार से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए नहीं करूँगा। यदि "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं होती है, तो मैं इसे अन्य स्रोत से पूरा करने के लिए अधिकृत हूँ।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का इलाज इस रोगी के चिकित्सक या अन्य प्राधिकृत अधिकारी द्वारा ही किया जाएगा। अतः अंगण को ही सहायता प्रदान करने की जिम्मेदारी होगी।

<p>RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE अधिकृत अधिकारी के लिए अनुमति</p> <p><i>Dr. Praveen</i></p> <p>M.S.B.S., D.O., FICO, FPOS Consultant Ophthalmologist and Pediatric Ophthalmology</p> <p>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) नाम और पंजीकरण नंबर के साथ छाप</p>		<p><i>Lakshmi</i></p> <p>Mr. LAKSHMIPATHI N Senior Manager OUTREACH BANGALORE DIABETES & EYE HOSPITAL Authorized Signatory (A unit of Shradha Eye Care Trust) Vaganthanagar, Bangalore-62</p>
<p>Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख</p> <p>21/9/25</p>		

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

<p>SIGNATURE of TRUSTEE 1 नामों हस्ताक्षर 1</p> <p><i>[Signature]</i></p>	<p>SIGNATURE of TRUSTEE 2 नामों हस्ताक्षर 2</p> <p><i>[Signature]</i></p>
---	---