

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Building block of life

APPLICATION No. : 3/0925/1718

APPLICATION DATE : 2/9/25

NAME of APPLICANT : Rathamma

AGE-YEARS 55 SEX F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : W/o. Churumadegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : H.No. 15, Sabalapur, Hampdenhall

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : Komakapala Taluk, Ramanagara Dist. Karnataka



pre op post op  
1718 Rathamma

OCCUPATION : Coakie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 27,000/-

(Attach Proof of Income)

PAN No. [Blank]

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

**FAMILY DETAILS**

Sr. No.	Name of Family Member	Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
1	Shakshi S. J.	24	M	SON

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE**

<input checked="" type="checkbox"/> SPL Card (Attach Card Copy)	<input type="checkbox"/> EWS Certificate (Attach Certificate Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Ration Card (Attach Copy)	<input checked="" type="checkbox"/> Any Other Basis/Proof
---	--	---	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE**

Sr. No.	Medical Reports/Prescriptions Attached
1	Diagnosis: 12E Cataract
2	1E Cataract
3	5E Cataract + P.I.O.L

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**

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

**DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा):**

- 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 प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण दूँ कृपया प्रदान किया गया है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग केवल मेरे लिए जो उद्देश्य है, उस उद्देश्य के लिए ही करना है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो रिफंड ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT: (अर्शक द्वारा स्वीकृति)**

- 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-upreproduce 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 (अर्शक) यहाँ स्वीकृति देता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टी" को मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस प्रश्न में घोषित है, इसे "कोशिका" द्वारा, कर्मचारी द्वारा, उद्देश्य से चुनी गई विधियों और तरीकों में प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टी द्वारा अंतिम और स्वीकार्य होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:**



**AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकृति)**

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.

हमारा अधिकृत हस्ताक्षर करने वाले अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, किंतु हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्पष्ट न स्वीकार करते हैं:

- 1) वह कि न तो हमारे और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता हेतु किसी भी अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता से "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता प्राप्त करने के लिए अन्य स्रोतों से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता प्राप्त की जाती है, वह केवल वित्तीय प्रकृति की है। उपचार का चुनाव हमारे और रोगी के बीच की समझौते पर निर्भर करता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई सहायता को प्रभावित नहीं करता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE  
स्वीकृति के लिए संस्तुति

*Signature*

**Mr. LAKSHMIPATHI N**  
Senior Manager  
(Name, Designation & Address of Authorised Signatory)  
**OUTREACH BANGALORE**  
**DIABETES & EYE HOSPITAL**

Date of Surgery  
ऑपरेशन की तारीख  
**2 Aug / 25**

M.S.B.S. DO, FRCO, FRCO  
Specialist Cataract and Refractive  
Ophthalmology  
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
हॉस्पिटल का नाम व पता

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shradha Eye Care Trust)  
**Vasanthnagar, Bangalore-52**

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
नाम: TRUSTEE 1  
*Signature*

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
नाम: TRUSTEE 2  
*Signature*