

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1721

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Saritha

AGE-YEARS (वर्ष)

50

SEX (लिंग)

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

w/o Gopalappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS (वर्तमान निवास पता)

Doddamadenahalli, Veshurupakshi

Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : (स्थायी निवास पता)

- 11 -

pre OP Post OP
1721 Saritha

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

आप आय कर का भुगतान करते हैं (जो भी लागू हो उस पर चिह्न लगाएं)

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 से संबंध
①	Gopalappa	59	M	Husband
②	Hemish Yadav	12	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पट्टी कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	BWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय कर का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Ration Card (Attach Card Copy) उपभोग कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे एवं किससे का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/चिकित्सा के तहत की गई प्रतिक्रिया सूची प्रमाण
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery IF cataract + P.O.C.

ASSISTANCE BEING AVAILED 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 AVAILED तो यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शक द्वारा घोषणा करें):

- 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 insurance/employee/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण एवं कथन इसका अर्थ बनाएगा कि मैं मेरी आवेदन पत्र को वापस करवा दूँगा।
- 2) मैं इससे अधिकतर "कोशिका फाउंडेशन", से भी वापस कर दूँगा, इसका अर्थ होगा कि मैंने इस विवरण, जो इस प्रश्न में दया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने इसका पैसा वापस करने की कोशिश नहीं की है, न ही भविष्य में करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा करें):

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/produce 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 में मैंने इसका पैसा वापस करने की कोशिश नहीं की है, न ही भविष्य में करूँगा। मैं (अर्शक) अपनी जानकारी को पूर्ण करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन" को अपने नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रश्न में घोषणा कर रहा हूँ, जो "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा वापस कर दूँगा, इसका अर्थ होगा कि मैंने इस विवरण, जो इस प्रश्न में दया गया है।
- 2) मैं (अर्शक) इससे अधिकतर "कोशिका फाउंडेशन", से भी वापस कर दूँगा, इसका अर्थ होगा कि मैंने इस विवरण, जो इस प्रश्न में दया गया है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION:

अर्शक के हस्ताक्षर या अंगुली का छाप


AGREEMENT by HOSPITAL: (हॉस्पिटल द्वारा करें):

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, in 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.

हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से हमारे/हमारे को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रश्न में सत्य व स्वीकार करते हैं।

- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारात्मक रूप से किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने के लिए कोशिका फाउंडेशन से अनुरोध कर रहे हैं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता प्राप्त नहीं की है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हम अपने अंतर को किसी अन्य स्रोत से भर सकते हैं।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी के उपचार के लिए चयनित उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल में रोगी के उपचार सुचारु और सही करने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हॉस्पिटल की होती हैं और "कोशिका फाउंडेशन" को कोई भूमिका नहीं है।

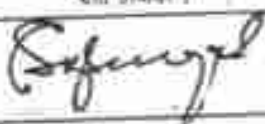
RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति**Mr. LAKSHMIPATHI N****Senior Manager****OUTREACH BANGALORE****DIABETES & EYE HOSPITAL****(A unit of Shradha Eye Care Trust)****Vasanthanagar, Bangalore-52**Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/9/25

Dr. PRADEEP H. K.
M.B.B.S., D.O., FICO, FPCO
Specialist Cataract and Refractive
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर के साथ

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION**SIGNATURE of TRUSTEE 1**

नामों द्वारा करें।


SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों द्वारा करें।

