

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/09/25/1722

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Chowdamma

AGE-YEARS अनु-वर्ष

56

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/o Ramachandrasekh

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Kogilaballi post, Enallahalli, Kolasa,

District, Kamateke.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

-11-

pre op post op
1722 Chowdamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Carpenter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें)

PAN No. प्राप्त खाता संख्या

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

क्या आप आय का दाता हैं (जो मान्य हो उस पर तिकी का 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 के साथ सम्बन्ध
①	V. R. Vishwamath	37	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विनियम अनुसार

RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड-कॉपी (प्रमाण पत्र की कॉपी संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे यह पिन को उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रातिपक्ष संलग्न
①	Diagnosis RE cataract IE cataract
②	surgery LE cataract + p.i.o.l

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 तो यह सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:

- 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 प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य रूप से प्रमाणित नहीं होता है तो मेरी प्रार्थना विवरण को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं दृढ़ता से घोषणा कर रहा हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य के पूर्णतः के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में माँगा गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं आगे चलकर इस सहायता को नहीं लूँगा, जो कि किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले सकूँगा और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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 its 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 प्रकरण पर मेरी स्वीकृति या स्वीकृति को स्वीकार करके, मैं (आवेदक) कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों को मेरी नाम, पता, फोटो और अन्य विवरण इस प्रकरण के उद्देश्य के लिए, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है, के माध्यम से प्रसारित करने के लिए, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, सहित, कोशिका फाउंडेशन के लिए दानों को आमंत्रित करने के लिए और/या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए, इससे पहले या बाद में मेरी उपचार या उद्देश्य के पूर्णतः के लिए, कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपयोग किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) दृढ़ता से स्वीकार करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन द्वारा उपयोग के लिए, जिसके लिए सहायता माँगी जा रही है, कोशिका फाउंडेशन के ट्रस्टियों के द्वारा किया जा सकता है और मेरी स्वीकृति इस संबंध में अंतिम और स्वीकार्य होगी।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this candidate 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 its right to make up the shortfall from any other NGO or any other source. 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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से प्रारंभिक रूप से "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकरण में सहायता माँगी जा रही है।
- 1) यह कि हम न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य प्रकरण के लिए माँगी जा रही है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/प्रक्रिया के लिए सहायता माँगी है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान किया जा रहा है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें अपने स्रोत से सहायता माँगी जा रही है।
 - 2) "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्णतः और सुरक्षा की ओर से कोशिका फाउंडेशन को कोई भूमिका नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

4/9/25

Dr. P. R. S. S. DO. FRCO. FRCO.
Specialist Cataract and Refractive
Ophthalmology
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हॉस्पिटल का नाम और डॉक्टर का नाम

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

(A part of Shraddha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम लिखें।

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम लिखें।

[Signature]