

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

Foundation

Building Block of Life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1724

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshmmamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

63

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

N/o Munivemkatappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Enallahalli, Kogilahalli post, Kolar District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थाई निवास पता

-11-

Pre OP Post OP
1724 Lakshmmamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

21,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. : स्थायी खाता संख्या

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

क्या आप आय कर दाता हैं? (जो मान्य हो उस पर तिकी का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / 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

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) रसमंजरी कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other (Base/Proof) अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य किया जा रहा है:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/दवाइयों से जारी की गई डॉक्टरों की सूची संलग्न
①	Diagnosis: DR cataract I.E. cataract
②	surgery I.E. cataract + PCIO

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 कोई लक्ष्य सहायता पानी

DECLARATION by APPLICANT: आवेदनक द्वारा घोषणा यह:

- 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 आवेदन में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज किया जा सकता है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैं किसी अन्य स्रोत से इस सहायता के लिए पूरा या आंशिक रूप से भुगतान नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदनक द्वारा स्वीकार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise 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 दस्तावेज पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदनक) आवेदनक की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस दस्तावेज में उल्लेखित हैं, उन्हें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रकाशित, मुद्रित, इलेक्ट्रॉनिक या अन्य किसी भी माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे नाम का उपयोग मेरी इच्छा के बिना या मेरे नाम के बिना "कोशिका फाउंडेशन" के बिना भी किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदनक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि मेरे नाम के उल्लेख के बिना ही प्रसारित हो सकते हैं, मेरे नाम के बिना ही प्रसारित हो सकते हैं।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

आवेदनक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

**AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल द्वारा स्वीकार)**

- 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 its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This condition 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 को अंगूठे के निशान के "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के मामले में किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करेंगे, जो कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त करने के लिए अनुरोधित है, जब तक कि हमें "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता नहीं मिलती, तो हमें अपने मामले में अन्य स्रोत से सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस घोषणा के अंतर्गत हम स्वीकार करते हैं कि "कोशिका फाउंडेशन" के बिना ही हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है। हमें इस बात से सहमत होना पड़ेगा कि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता मिलने के बिना ही हमें सहायता प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहता है।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए सिफारिश

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/9/25

Dr. Prabhat B. S.
M.B.B.S., F.R.C.S.
Consultant Cataract and Pediatric
(Name of Dr. & Reg. No. with Stamp)
हस्ताक्षर के साथ डॉ. का नाम और मुहर

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

OUTREACH BANGALORE

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Surashree Eye Care Trust)

FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नाम के हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नाम के हस्ताक्षर 2