

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika  
Foundation  
Building back of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0925/1728

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

4/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

John

AGE-YEARS आयु-वर्ष

78

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Anand

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Vishayakernagalli K.R. Market, Bangalore  
Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

— 11 —

pre op post op  
1728 John.

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. स्थायी आय संख्या

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

क्या आप आय कर चुकाते हैं? (जो सत्य हो उस पर चिह्न करें या रिक्त छोड़ें)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक से क्या संबंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

|                                                                                                       |                                                                                                                 |                                                                                      |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेश के साथ प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>जन्य आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>सुरक्षा कार्ड<br>(प्रमाण पत्र को साथ ही संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई प्रमाण |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>सम्बन्धित/दवाखाने से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①                      | Diagnosis RE Cataract<br>IF Cataract                                                            |
| ②                      | Surgery IF Cataract + P.TOL                                                                     |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से मिल रही है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>सी गई सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ①                      | D.B.C.S                                   | 8000/-                                                  |

**DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक 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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई भी झूठा विवरण मेरा अपन आवेदन एवं सहायता को खारिज करने के लिए जिम्मेदार होगा।
- 2) मैं इससे घोषणा करती हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग इस फॉर्म में उल्लेख की गई वही वही के लिए किया जाएगा, जो इस आवेदन में मांग किया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता से न तो भविष्य में और न ही भविष्य में किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता ले रहा हूँ और न ही भविष्य में ऐसा करूँगा।

**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/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 आवेदन पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" और इसके ट्रस्टियों को उपयोग करने के लिए सौंप देता हूँ। इस जानकारी का उपयोग कोशिका फाउन्डेशन द्वारा दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउन्डेशन के गतिविधियों/प्राप्ति के बारे में जानकारी को प्रसारित करने के लिए किया जा सकता है।
- 2) मैं (आवेदक) इससे भी सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, तस्वीर और "उद्देश्य" के बारे में जानकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" के ट्रस्टियों द्वारा उपयोग करने के लिए सौंप दिया जा सकता है। इस उपयोग का फैसला कोशिका फाउन्डेशन के ट्रस्टियों के पास होगा और उनका फैसला अंतिम और स्वीकार्य होगा।

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

आवेदक की हस्ताक्षर या बायाँ अंगूठा छाप

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

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending the 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 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/concluded 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, हस्ताक्षर करने वाले को "कोशिका फाउन्डेशन" 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 अन्य स्रोत से किसी भी अन्य मामले के लिए मांग कर रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सहायता के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मांग किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता को पूरा करने के लिए किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्राप्ति के बिना हमारा मतलब है कि सहायता के बिना हमें सहायता के लिए किसी भी अन्य स्रोत से सहायता लेने की आवश्यकता नहीं है।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता मिले, वह वित्तीय प्रकृति की है। हमारे पास हॉस्पिटल द्वारा दी गई सहायता के बिना हमें सहायता/उपचार का चुनाव करने का अधिकार है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हॉस्पिटल ने हमारे सहायता के लिए जो भी सहायता मांगी है, उसे हमारे सहायता के लिए और "कोशिका" को कोई भी सहायता या हस्तान्तरण नहीं कर सकते हैं।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**  
स्वीकृति के लिए अनुमति

|                                                    |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date of Surgery<br>ऑपरेशन की तारीख<br><br>4/9/25   | <br><b>DR. PREETI, S.K.</b><br>M.B.B.S., D.O., M.D., F.P.S.C.<br>Consultant Ophthalmologist and Refractive Surgeon<br>(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व पंजीकरण नंबर और मुहर | <b>Mr. LAKSHMIPATHI N</b><br>Senior Manager<br>(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)<br><b>OUTREACH EYE CARE</b><br><b>DIABETES &amp; EYE HOSPITAL</b><br>(A unit of Shradha Eye Care Trust)<br>Vasanthanagar, Bangalore-52 |
| <b>FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION</b>      |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                           |
| SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>नामी हस्ताक्षर 1<br><br> | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>नामी हस्ताक्षर 2<br><br>                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                           |