

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
foundation

Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1733

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Basavalingamma

AGE-YEARS आयु वर्ष

57

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME:

पिता/पत्नी का नाम

W/o Subash

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.No- E 135 Hemakishanagar, Kalaburagi
Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थाई निवास पता

- II -

pre op post op
1733 Basavalingamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Coolie

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

26,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

क्या आप आय करदाता हैं? (जो सत्य हो उस पर तिकी का निशान 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 क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) लोअर रेश के नीचे प्रमाण पत्र (असत्य पर तिकी का निशान लगाएं)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (असत्य पर तिकी का निशान लगाएं)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (असत्य पर तिकी का निशान लगाएं)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई आधार
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे क्या किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/प्रीस्क्रिप्शन से जुड़ी कोई डॉक्टर प्रतीति प्रस्तुत करें
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	surgery LE cataract + PCTOL

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 सी कितनी सहायता मिली

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 source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

- 1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य अथवा असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", को मैंने या करूँगा, उसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों के लिये किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में बताये गये हैं।
- 3) मैं घोषणा करता हूँ कि मैंने आगेवाला रकम मांगने की नहीं है, उसे नहीं माँगा और भविष्य में किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ही लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा सहमति)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put 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 प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लिखित हैं, उसे "कोशिका" एनएम, एनए, पत्राचार/प्रसारण के माध्यम से अपनी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रकार प्रचार में प्रयोग करे। मेरे प्रपत्र का विवरण कोशिका को पहले या बाद में अपने वेबसाइट "कोशिका फाउन्डेशन" पर जारी अधिकृत है।

2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि आगेवाला उपयोग करने से अधिक है मुझे नहीं मिलेगा। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस हस्ताक्षर में "कोशिका" एनएम, एनए भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक की हस्ताक्षर या अंगूठे का छाप

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

By affixing hereunder, signature of our Authorised 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 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.

इससे अधिकृत, हमारा यहाँ की ओर से अनुमोदित हस्ताक्षर करने वाले "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से किसी अन्य रोगी के लिये मांगी/प्राप्त की जायेगी या नहीं, जब तक कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय/वैदेशिक सहायता को मांगने में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त रकम है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता प्रदान की जायेगी/प्राप्त नहीं की जायेगी, तो हमारा हॉस्पिटल अपने आप से अन्य स्रोतों से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमारा हॉस्पिटल सहायता प्राप्त करने वाले रोगी/रोगी के लिये किसी भी प्रकार की सहायता या किसी अन्य सहायता से नहीं लेता/लेगी।

2. "कोशिका फाउन्डेशन" से कोई भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी या रोगी/रोगी के लिये कोई भी उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हमारा हॉस्पिटल के बीच का निर्णय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिए हमारा हॉस्पिटल से रोगी के उपचार/प्रक्रिया और अपने अपने को जारी रखने/लेने एवं हमारा हॉस्पिटल को रोगी और "कोशिका" को कोई भी सहायता या वित्तीय सहायता इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए अनुमति

Date of Surgery

ऑपरेशन की तारीख

6/9/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)

डॉक्टर का नाम व इलाका व पिन कोड

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(Authorised Signatory of Shradha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

भरोदार 1

भरोदार 2