

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

13/0925/1738

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Gowdamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

W/o Ramanna

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Anandapur, Tuvuvetse, Taluk

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

- II -

pre op postop
1738 Gowdamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का सबूत संलग्न करें)

PAN No. पत्राई खाता संख्या

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

आम आय का दाता है (जो मान्य हो उस पर चिह्न का निशान 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 संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

RPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे आय का (आय पर जो आय प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का आय पर (आय पर जो आय प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोगकर्ता कार्ड (आय पर जो आय प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Reason आय का कारण
--	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन से कारी की गई प्रीस्क्रिप्शन सूची संलग्न
①	Diagnosis R.E. cataract L.E. cataract
②	surgery L.E. cataract + P.T.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 ले गई 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 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 मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण एवं सचवादा प्रस्ताव पेशा जाता है तो मेरी सहायता गिराने की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो भी मदद मिले, इसका उपयोग उन्हीं उद्देश्यों की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस फॉर्म में पता लगा है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके लिये नहीं हूँ, जो मेरी या मेरे परिवार या कर्मचारी किसी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/बीमा कंपनी से न ले सकें और न ही भविष्य में सकें।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शक द्वारा स्वीकार)

- 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 फॉर्म पर मेरा हस्ताक्षर या अंगूठा छापना, मैं (अर्शक) अपनी स्वीकृति की पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में शामिल हैं, इसे "कोशिका" समूह, पत्र, प्रसारण, दूरदर्शन या सुदूर संचार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए उपयोग करे। मेरी स्वीकृति के बिना मेरी मदद के बिना मैं "कोशिका फाउंडेशन" से मदद नहीं कर सकूँगा।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना किसी भी शर्त के प्रसारित करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से मदद करने के लिए "कोशिका" समूह, पत्र, प्रसारण और संचार के माध्यम से प्रसारित किया जा सकता है।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शक के हस्ताक्षर या बाएँ अंगूठे का छाप

**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 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.
- इसके अधीन, हमारे द्वारा यहाँ दिये गये हस्ताक्षर के माध्यम से, हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं:
- 1) कि हम न तो वर्तमान में और न ही भविष्य में किसी अन्य स्रोत से वित्तीय सहायता प्राप्त करने के लिए अनुरोध कर रहे हैं, जो कि हमारे "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त होने वाली वित्तीय सहायता के लिए अनुरोध किया गया है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा अनुरोध की गई वित्तीय सहायता पूर्णतः या आंशिक रूप से नहीं दी जाती है, तो हमें अपने वित्तीय अभाव को पूरा करने के लिए अन्य स्रोतों से वित्तीय सहायता प्राप्त करने की अनुमति होगी।
- 2) "कोशिका फाउंडेशन" से प्राप्त की गई वित्तीय सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर उपचार का चुनाव रोगी और हॉस्पिटल के बीच होता है और इसका कोई भी प्रभाव "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्रदान की गई वित्तीय सहायता पर नहीं पड़ेगा। अतः, हॉस्पिटल को रोगी के उपचार के लिए पूर्ण और पूर्णतः ज़िम्मेदार होना होगा और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या ज़िम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

Signature

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख:

5/9/25

DR. P. S. NATHI, B.K.
M.B.B.S., M.D., F.P.C.S.
Specialist in General and Paediatric
(Name of Dr. & Regn. No./MBB Stamp)
हॉस्पिटल का नाम व डॉक्टर का नाम/MBB

Mr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shradha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1 का हस्ताक्षर

Signature

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2 का हस्ताक्षर

Signature