

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1739

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Honnamma

AGE-YEARS वर्ष-वर्ष

54

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

w/o Shivamma

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Byatahalli, Gollamahalli, D Kalkere post

Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी आवासीय पता

— — —



pre op post op
1739 Honnamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Carpenter

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

23,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आप आय करदाता हैं (जो सत्य 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 से संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए विधि आधार

EPL Card (Attach Card Copy) गोपनीय कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	☒ Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किए गए विवरण का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
①	Diagnosis R.E. cataract I.E. cataract
②	surgery R.E. cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त हुई है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED लेई गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: none so none is

- 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 यहीमाफ़ करता हूँ कि इस प्रश्न में मिले एवं उचित विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी मांग/प्रतिवेद को खारिज कर दिया जायेगा।
- 2) मैं यहीमाफ़ करता हूँ कि "कोशिका फाउण्डेशन", से मिले एवं सही है, सहायता/सहायता उचित उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए उचित उपयोग, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यहीमाफ़ करता हूँ कि मैं किसी मांग/प्रतिवेद से एवं उचित नहीं हूँ। मैंने नहीं था/होना कि किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से वही मांग/प्रतिवेद है और वही उचित नहीं होगा।

AGREEMENT by APPLICANT: (attach pp. 400)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/produce 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 प्रश्न का जवाब हमका यह सोचें की क्या सचकर मैं (अर्शक) अपने खर्ची की तुरि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और उसके आजीवों" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में जोड़ता हूँ, उसे "कोशिका" द्वारा अपने, पत्र, संचारक या दूसरे उद्देश्य से तुरी परिचरित और प्रसारित करे लिये किसी भी प्रकार सम्भव से प्रयोग करने में शिष्ट अधिकृत है। मेरा प्रश्न का विवरण को शुभार के पहले या बाद में करने में शिष्ट "कोशिका फाउंडेशन" को अपनी अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सचकर को उद्देश्यों से जोड़ित है तुरी सचा। सचकर का सचकर नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उसके आजीवों का किसी भी प्रकार अधिकृत और सम्भवकारी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

where $\bar{u}$ ranges in $\mathbb{R}^n$ as follows



AGREEMENT by HOSPITAL: (FURNISH THE NAME)

By affixing her/his/their 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.

हमारे जीवन का प्रभाव हमारे जो लोग के साथ-साथ हैं "अधिकतम सम्मान" के बिना सम्मान का विचार ही नहीं है, जिसे हम (हमारा) दिन के दिन में खुद में बदलाव करते हैं।

- 1.) यह कि न तो चरित्र और न ही भविष्य में चित्रित महात्मा किसी भी सचकारी संस्था या किसी अन्य स्तर से उच्च एंटी-कॉरप्शन में लेने या ले रहे हैं, जैसे कि अपने "अंतरिम परामर्शदाता" से निजी/अनन्यता उच्च से संस्था में "अंतरिम परामर्शदाता" द्वारा सहाय्य हेतु कि है। यदि "अंतरिम परामर्शदाता" द्वारा सहाय्य मिलती अंतरिम-संस्था हेतु समुदाय नहीं किया जाना है से सम्बन्धित किसी अन्य भी सचकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से सहाय्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में उम्मीद यह है कि महात्मा अंतरिम सहाय्य उच्च एंटी-कॉरप्शन हेतु किसी भी सचकारी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेया/लेगी।
2. "अंतरिम परामर्शदाता" से लेनी सहाय्य संस्था विभिन्न स्तरों की है। लेनी या इस्तेमाल द्वारा ही यह संस्था या किसी अन्य संस्था/अंतरिम का मुख्य एंटी एवं इस्तेमाल से लेने का विषय है और "अंतरिम परामर्शदाता" द्वारा किसी उच्च का कोई सहाय्य नहीं है। अंतरिम इस्तेमाल में लेने से उच्च सुझा और जाने जाने की जारी विमर्शों लेनी एवं इस्तेमाल को लेने और "अंतरिम" को कोई अधिकार या विमर्शों इस समुदाय में नहीं होती।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

इन्दीकरी को विष्णु संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

अधिकतम की मात्रा

Dr. PREETHI. B.K.
MBBS, FRCP, FRCR
Specialist Consultant and Pathologist

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

[illegible]

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory)

OUTREACH SANGALONE

DIABETES & EYE HOSPITAL

(A unit of Sheaddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar - Bangalore-52

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

SIGNATURE of TRUSTEE 1

मागील इन्साफ ।

SIGNATURE OF TRUSTEE:

अथवा इत्यादि :