

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Much of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

13/0925/1740

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि:

5/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Gramamma

AGE-YEARS मातृ-वर्ष

53

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/सहोदर का नाम

W/o yadavkumrithy

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

V. Veeramandamgala Mundayar, Kalaburagi, Kalyanapur, Taluk, Tumkur District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

same

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

22,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण संलग्न करें)

PAN No. स्थायी आय कर संख्या

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

आम आय करदाता हैं (जो सत्य हो उस पर सही 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 रेश से जुड़े प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWB Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	--	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे करने किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached रोगाणु/प्रीस्क्रिप्शन से जोड़ी की गई प्रमाणित प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract LB Cataract
②	Surgery RE Cataract removal

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. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि सहायता मिली

pre op post op
1740 Gramamma

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिका 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 प्रारूप में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। कोई कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ "अर्थिका फाउन्डेशन", से जो भी मदद मिले, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारूप में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करती हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके किसी भी हिस्से के लिये किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से मदद नहीं ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिका द्वारा करार)

- 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/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 is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रारूप पर अपनी हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शिका) अपनी स्वीकृति की घोषणा करता हूँ एवं "अर्थिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रारूप में घोषित है, उसे "अर्थिका" दूरदर्शन, पत्र, समाचार पत्र, दूरदर्शन से सुनी वीडियो/ऑडियो या प्रसारणों के लिये किसी भी उचित माध्यम से प्रसारित करने के लिये अधिकृत है। मैं प्रारूप का विवरण जो इसका उद्देश्य है वह करने के लिये "अर्थिका फाउन्डेशन" में स्वीकृत करती हूँ।
- 2) मैं (अर्शिका) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के अर्शिका के अधिकार हैं उसे उचित, सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "अर्थिका" दूरदर्शन, दूरदर्शन के विवरण और सहायता को देगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिका का हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप

**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

- 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 this matter.
- इससे अधिकृत, हस्पताल की ओर से मामले/रोगी को "अर्थिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- 1) वह कि न तो हमारी ओर से भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से उठा ली जाएगी जो कि हमें "अर्थिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/अर्शिका के उपाय के सम्बंध में "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु है। यदि "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी भी रोगी/मरीज हेतु प्रदान नहीं किया जाता है तो हमारा ध्यान है कि हमारी ओर से किसी अन्य स्रोत/संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल इसी तरह उपाय लेगी/करने हेतु किसी भी रोगी के सम्बंध में किसी अन्य स्रोत से नहीं लेगा/लेगी।
2. "अर्थिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। हमें या हस्पताल द्वारा ही नहीं सहायता के लिये हमें उपचार/प्रक्रिया का चुनाव लेने एवं हस्पताल के बीच का विवाद है और "अर्थिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। हमारे हस्पताल में हमें केवल सहायता और अन्य मदद को लाने/लेने हेतु एवं हस्पताल की ओर से "अर्थिका" की ओर से सहायता या सिफारिश इस मामले में नहीं करेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति की लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

5/9/25

Dr. P. S. THILAK B.S.
M.D., F.R.C.S. (S), F.R.C.S. (C)
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व हस्ताक्षर के साथ छाप

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager

(Name, Designation & Position of Authorised Signatory)

OUTREACH BANGALORE

DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shree Siddha Eye Care Trust)

Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2