

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
Foundation
Building Block of life

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या:

B/0925/1742

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

5/9/25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Jayamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

65

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/पति का नाम

W/o chandrasekhara

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Huddege, Havinakke post Dabheghatti.

Hobli: Tumakuru Taluk Tumkur District
Kannur

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS: स्थायी निवास पता

—

pre op post op
1742 Jayamma

OCCUPATION:

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME:

कुल वार्षिक आय

25,000/-

(Attach Proof of income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. (यदि प्राप्त हो तो)

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

आम आय करदाता हैं (को 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
①	Chandrasekhar	70	M	Husband
②	Channa Kethavaiah	30	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग आधारित 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 आयु वर्ग आधारित प्रमाण
--	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे लक्ष्य करने का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/प्रीस्क्रिप्शन के कार्ड की गई प्रतिलिपि संलग्न
①	Diagnosis RE Cataract I.G. Cataract
②	Surgery LE Cataract + P.D.N.L

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं 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 कितनी राशि प्राप्त हुई है

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शिक द्वारा कथन):

- 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 कथन करता हूँ कि इस प्रपत्र में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य नहीं माना जाय तो यह प्रपत्र निरस्त हो या रद्द कर दी जायेगी है।
- 2) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो भी सहायता मिले, उसका उपयोग केवल प्रपत्र में उल्लेख की वृत्ति के लिए किया जायेगा, जो इस प्रपत्र में माँगा गया है।
- 3) मैं यहाँ कथन करता हूँ कि मैं इस सहायता से प्राप्त की राशि, इस वृत्ति का अधिक या कम किसी किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शिक द्वारा कथन)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/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 its 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 (अर्शिक) अपनी जानकारी को पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रपत्र में उल्लेख हैं, इसे "कोशिका" द्वारा, मंचों, पत्रों, दूरदर्शन के ज़रूरी वीडियो और इन्टरनेट के ज़रूरी विडियो के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। ये प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के खर्च या मेरे करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से भरोसा अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शिक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को बिना सहायता के इच्छा से प्रसारित है जहाँ तक सहायता का हकदार नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उल्लेख भरोदारों का निर्णय अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शिक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

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

- 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 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/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 & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हस्ताक्षर करके, हम यहाँ की ओर से हमारे अधिकृत अधिकारी को "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रपत्र में सत्य व स्वीकार्य मानते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सार्वजनिक संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होने का कोई संभावना है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्रपत्र के अन्तर्गत "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्राप्त हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/अन्य स्रोत से प्राप्त नहीं किया जाय तो हमें सहायता किसी अन्य स्रोत से प्राप्त करने का अधिकार सुरक्षित रहेगा है। इस वृत्ति में स्पष्ट कहा जाय है कि सहायता वित्तीय सहायता प्रपत्र प्रपत्र प्रपत्र हेतु किसी भी सहायता संभव या किसी अन्य सहायता से नहीं लेना/लेनी।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो भी सहायता प्रदान किया जायती है। मेरी या हमारा प्रपत्र की तारीख पर किने गये उपकरण/उपकरण का खर्च लेने एवं इलाज के खर्च का निम्न है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। हमारे/हमारे प्रपत्र के प्रपत्र प्रपत्र और अपने अपने को सही सिफारिश लेनी या हमारा प्रपत्र की ओर "कोशिका" की ओर सुरक्षा या सिफारिश इस प्रपत्र में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

अधिकृत को लिख संयुक्ति

Date of Surgery
अविवरण की तारीख

5/9/25

(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर का नाम व पंजीकरण नं. और छापMr. LAKSHMIPATHI N
Senior Manager(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
Mr. LAKSHMIPATHI N
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Swaddha Eye Care Trust)
Vasanthanagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1

नामों हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

नामों हस्ताक्षर 2