

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building block of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1744

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

5/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Rama Swamy

AGE-YEARS आयु-वर्ष

75

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

S/o Chandra Prasad

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : वर्तमान निवास पता

Chikapur, Multigadaballi post

Nayakonda Hobli, Turuvekere Taluk, Tumkur District

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Kannur



pre OP postop

1744 Rama Swamy

OCCUPATION :

व्यवसाय

Unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण-पत्र)

PAN No. (यदि प्राप्त हो)

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

आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही 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 संबंध
①	Ravi Kumar	40	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Copy) राशन कार्ड का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की साथ ही प्रमाण पत्र)	Any Other (Attach Proof) अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निवेदन का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached आयुर्वेदिक/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Diagnosis LE cataract + p.c.i.o.l

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED जो यह सहायता मिली

DECLARATION BY APPLICANT: सर्वोत्तम डी. चव्हाण

- 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 KashiKa 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 पर यह है कि इस प्रमाण में दिए गये सभी विवरण मेरे मासिक वेतन के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पाया जाता है तो मेरी आवेदन पत्र को खारिज कर दिया जा सकता है।
- (2) मैं इस से सहमत हूँ कि "कोई भी फंडिंग", जो मुझे मिलती है, केवल उद्देश्य के लिए ही होगी जिस कारण से मैं इस प्रमाण में यह कह रहा हूँ।
- (3) मैं यहाँ पर यह है कि मैं इस मदद से किसी अन्य स्रोत या नियोक्ता या बीमा कंपनी से अपने व्ययों का पूरा भुगतान नहीं करूँगा और भविष्य में भी नहीं करूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (attach 2nd with)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Kashiika Foundation and it's Trustees to use/publish/post/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 Kashiika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Kashiika 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 Kashiika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रश्न पर अपने उत्तरका या अपने की हस्ताक्षर, मैं (अर्हक) अपनी समझी की सुविधा करता हूँ एवं "कशीका फाउंडेशन और इसके त्वासी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मे विवरण इस प्रश्न में जोड़ें हैं, उन्हें "कशीका" द्वारा पत्रों, पत्राचार, पुस्तकें, इंटरनेट पे सुदूर वीडियोचिप और अन्य माध्यमों के द्वारा किसी भी उद्देश्य के प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मे प्रश्न का विवरण मे प्रश्न के उत्तर या पत्र में करने के लिए "कशीका फाउंडेशन" में पत्रों, अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हक) इस बात में सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्यों में प्रयोग में नहीं किया जा सकता है। सहायता का हस्ताक्षर नहीं करता। इस प्रश्न में "कशीका" द्वारा प्रचारित माध्यमों का विवरण और सहायता की सेवा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

अधोपपन्नः प्रमाणः यः अंगुलीः अङ्गुलीः



AGREEMENT by HOSPITAL (YFHMH 00 400)

By affixing hereunder, signature of our Authorized 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.

आपके जीवन में आने वाली सभी चीजें आपके जीवन में "अपेक्षाएं" हैं। इसलिए आपका जीवन आपके अपेक्षाओं पर निर्भर करता है। यदि आप (अपेक्षाएं) अपने जीवन में आने दें, तो आप अपने जीवन में आने देंगे।

- [illegible]

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
 સ્વીકાર્યું છે તથા સિદ્ધિ મેળવી

Date of Surgery
 अतिरिक्त डॉ. रायस

5/9/25

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

Mr. LAKSHMIPATHI N
(Name, Designation & Authorised Signatory)

OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL
Unit of Shraddha Eye Care Trust

Vasanthi Nagaraj at Bangalore-52

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
-0000 YR0001 I

Exchanged

2022