

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)


Koshika
 Foundation
 Building Block of the Future

APPLICATION No. :

आवेदन क्रमांक :

B/0925/1750

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

6/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Thiromamma

AGE/YEARS आयु-वर्ष

62

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

N/A Narasimahanika

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

H.NO 63 Balagumate Village Taluk

Kollegal Channarayana District, Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी निवास पता

- II -


 pre op post op
 1750 Thiromamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

Home Maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAN No. यदि प्राप्त हो

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

आप आय कर का दाता हैं (जो लागू हो उस पर 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 क्या संबंध

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए किस आधार पर

BPL Card (Attach Card Copy) राश्री के तहत आने वाले परिवार का प्रमाण (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	Ration Card (Attach Copy) आय आय का प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि जोड़ने की आवश्यकता है)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
--	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किस उद्देश्य के लिए

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय रिपोर्ट/प्रीस्क्रिप्शन जोड़ी गई हैं या नहीं
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PCTOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किससे प्राप्त हो रही है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कितनी राशि प्राप्त हो रही है

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 पर बताना हूँ कि इस प्रकार से दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण एक कथन असत्य पाया जाए है तो इसे आधार मिलान की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर यथावत प्रति "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग इसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रकार से बताना है।

3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैं इस आधार से प्राप्त राशि को पूर्ण रूप से, एक और किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न ले लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-upt/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 is this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रकार का अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपने नाम, पता, फोटो व "उद्देश्य" के विवरण सहित अपने नाम, पता, फोटो और उस उद्देश्य के विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और उस उद्देश्य के विवरण का उपयोग करके दानों को आमंत्रित करने के लिए या मेरे उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" व अन्य माध्यमों से जानकारी फैलाने के लिए अधिकृत हैं।

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण का उपयोग करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को अधिकृत करने से मैं अपने उद्देश्य को पूरा करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से कोई भी आर्थिक सहायता प्राप्त करने के लिए अधिकृत नहीं हूँ।

... ..



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 it 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.

इससे अधिकतर, इसकाफी को याद में रखनेवाले को "कोशिका फाउन्डेशन" में विहित आचार्य हेतु विवेचना की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) स्पष्ट उद्देश्य में समर्थन प्रदान करते हैं।

- 1) यह कि न तो कोशिका और न ही कोशिका में विहित आचार्य किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य व्यक्ति से उक्त रोगी/रोगीने से लेने या ले रहे हैं, केवल कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से विवेचना/विवेक उक्त में आचार्य में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान हेतु कि है। जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा प्रदान किसी व्यक्ति/व्यक्ति हेतु समर्थन नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य किसी प्रकार की संस्था या किसी अन्य समर्थन में आचार्य लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल विहित उक्त उक्त रोगी/रोगीने हेतु किसी भी प्रकार की संस्था या किसी अन्य समर्थन में नहीं लेनेवाले।
2. "कोशिका फाउन्डेशन" में लेने या आचार्य संस्था विहित प्रकृति की है। जो न तो अस्पताल द्वारा लेने या प्रदान या किसी भी प्रकार/प्रकार का समर्थन लेने एवं अस्पताल में लेने का विषय है जो "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी उक्त या कोई समर्थन नहीं है। इसीलिए अस्पताल में लेने या प्रदान प्रकृति और आचार्य करने को नहीं विवेक/विवेक लेने या अस्पताल को दोषी और "कोशिका" को कोई प्रकृति या विवेक/विवेक इस प्रकार में नहीं होगी।

संजीवनी के लिए संरक्षित

6/9/25

Dr. PREETHI S.R.
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
हस्ताक्षर की जगह पर प्रमाणित करें और हस्ताक्षर करें

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

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A Unit of Shraddha Eye Care Trust)

SIGNATURE OF TRUSTEE 1
[Signature]

वर्षाकालीन नुस्खांगण store-52
नवम्बर 1

Erasmus

2128