

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

स्वास्थ्य हेतु आर्थिक प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य हेतु प्रारूप)



Koshika
foundation
Building blocks of life.

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

B/0925/1759

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

9/9/25

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Kasuyamma

AGE-YEARS आयु-वर्ष

70

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/सहोदर का नाम

w/o chammappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

H.N.O- P-48 6th CROSS C BLOCK

Banyalabhinagar, Mahalaxmipalya

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थायी आवासीय पता

Sachampura, Bangalore



pre op post op
1752 Kasuyamma

OCCUPATION :

व्यवसाय

unemployed

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

(Attach Proof of Income)
(आवेदन के साथ प्रमाण)

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

PAN No. जारी नहीं किया

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

क्या आप आय का दाता हैं (को वकल्प से उत्तर में सही 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 के साथ सम्बन्ध
①	S Sundar Raj	40	M	SON
②	Gurish	27	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
आवेदन के लिए विवरी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) पोषी रीट का प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ प्रमाण पत्र)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आयु वर्ग का प्रमाण पत्र (आवेदन के साथ प्रमाण पत्र)	Ration Card (Attach Copy) आपूर्ति कार्ड (आवेदन के साथ प्रमाण पत्र)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण
---	---	---	---

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

आवेदन हेतु निम्न में किसी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached वैद्यकीय/निर्देशन के साथ जोड़े गए प्रमाण पत्र
①	Diagnosis RE cataract LE cataract
②	Surgery RE cataract + PLOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के लिए कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से ली जा चुकी है?

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

DECLARATION by APPLICANT: (आवेदक द्वारा घोषणा करें):

- 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.
- 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.
- 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.
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस प्रकरण में दिए गए सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण गलत या झूठा साबित होता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जा रही है, उसका उपयोग इसी उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस प्रकरण में धरा रखा है।
- मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कम्पनी से न तो रीकम्बर्समेंट ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/print/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.
- (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.
- इस प्रकार मैं अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वह विवरण इस प्रकार प्रयोग करेंगे, जैसे "कोशिका" समूह, पत्र, कम्प्यूटर द्वारा प्रसारण से जुड़ी मीडिया/विशेष और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार सम्पन्न हो जायेंगे। यह सब मेरे नाम, पता, फोटो और विवरण को इस्तेमाल करने के लिए या मेरे इलाके के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से जारी अधिकृत है।
- मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को किसी भी प्रकार के प्रचार/प्रसारण के लिए प्रयोग करने से मेरी सहायता के लिए कोई भी अधिकार नहीं बनता। इस सम्बंध में "कोशिका" समूह, पत्र, पत्रिकाओं और अन्य मीडिया और कम्प्यूटरों द्वारा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR THUMB IMPRESSION:

आवेदक की हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप

AGREEMENT by HOSPITAL (हॉस्पिटल 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:
- 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.
 - 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 अधिकृत, हस्ताक्षर की जायेगी या समझौते/करारों को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, कि हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से मान्यता स्वीकार करते हैं।

- यह कि न तो हमारे पास और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य स्रोत से प्राप्त होगी/प्राप्त होगी या न हो सकती है, जब कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/सिफारिश प्राप्त की सम्पन्न है "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा सहायता किसी अधिकृत/काम हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमारे पास किसी अन्य स्रोत से सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस प्रमाण में स्पष्ट बात यह है कि हमारे पास वित्तिय सहायता प्राप्त होगी/प्राप्त होगी किसी भी सहायता संगठन या किसी अन्य सहायता संगठन से नहीं होगी/प्राप्त होगी।
- "कोशिका फाउंडेशन" से मिली जायेगी सहायता वित्तिय प्रकृति की है। हमारे पास हमारे पास है कि हमें अपने उपचार/प्रक्रिया का चुनाव हमारे अपने हस्ताक्षर के साथ या विचार है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसीलिए हमारे पास है हमारे अपने उपचार/प्रक्रिया और अपने अपने को जारी रखने/प्राप्त करने के लिए हमारे पास है हमारे पास है "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE:

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

9/9/25

Dr. PREETHI B.M.
M.B.B.S. DD. 2007-2008
(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)
डॉक्टर का नाम व रजिस्ट्रेशन नं. के साथ

Mr. LAKSHMIPATHI N

Senior Manager
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory)
OUTREACH BANGALORE
DIABETES & EYE HOSPITAL

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

(A unit of Shuddha Eye Care Trust)
Vasanthnagar, Bangalore-52

SIGNATURE of TRUSTEE 1
भरोदार 1

[Signature]

SIGNATURE of TRUSTEE 2
भरोदार 2

[Signature]